Santé Canada Health Canada

# MEILLEURES PRATIQUES

## Traitement d'entretien à la méthadone

Canadä

103-05246/

# Meilleures pratiques

# Traitement d'entretien à la méthadone

Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue
Santé Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

*Santé Canada*

Also available in English under the title :
*Best Practices – Methadone Maintenance Treatment*

On peut obtenir, sur demande, la présente publication
(sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille).

Cette publication est disponible sur Internet à l'adresse suivante : www.cds-sca.com

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'auteur et
ne reflètent pas nécessairement les vues officielles de Santé Canada.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du présent document, prière de s'adresser aux :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Tél. : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366

© Ministre, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002
Cat. H49-164/2002F
ISBN 0-662-86849-8

# Préface

Le traitement d'entretien à la méthadone est un élément clé d'une vaste stratégie de traitement et de prévention visant la dépendance aux opiacés et ses conséquences. Une recension de la documentation (Santé Canada, 2002a) indique que les programmes d'entretien à la méthadone sont considérés comme un moyen efficace de réduire la consommation d'opioïdes, l'abus d'autres intoxicants, l'activité criminelle et le taux de mortalité. Le traitement d'entretien à la méthadone a également fait ses preuves en matière de réduction des comportements à risque liés à l'usage des drogues injectables, des autres comportements présentant des dangers de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des maladies transmises sexuellement (MTS), ainsi que du VIH (et peut-être même du virus de l'hépatite C (VHC) et des autres agents pathogènes véhiculés par le sang). Le traitement d'entretien à la méthadone améliore la santé physique et mentale, la vie en société, la qualité de vie et le résultat de la grossesse. On a également constaté que ce type de traitement favorise la rétention chez les personnes qui le reçoivent. Santé Canada, de concert avec les provinces et les territoires, participe aux efforts en vue d'une augmentation de l'accessibilité des programmes efficaces d'entretien à la méthadone[1]. Une partie de ces efforts comprend l'élaboration du présent document.

Le présent document sur les meilleures pratiques a pour but d'aider à améliorer l'efficacité des programmes actuels et à favoriser la création de nouveaux programmes. Il s'agit d'un instrument de formation qui résume les connaissances au sujet des meilleures pratiques en matière de conception et de réalisation des traitements d'entretien à la méthadone. Il apporte une contribution à un processus continu de perfectionnement des connaissances et d'éducation des responsables de l'établissement de politiques et des professionnels de la santé et des services sociaux qui se penchent sur la question de la dépendance aux opiacés.

L'information ainsi fournie n'a pas pour but de dire aux responsables de l'établissement de la politique ou aux personnes travaillant dans ce domaine ce qu'ils ou elles *doivent* faire, mais plutôt de fournir un sommaire des conclusions de la recherche actuelle et des opinions de spécialistes du Canada et de l'étranger quant aux meilleures pratiques dans le domaine du traitement d'entretien à la

1 Dans le contexte du présent document, un « programme » de traitement d'entretien à la méthadone comprend la suite complète des modes d'administration du traitement et des communautés, à partir des médecins en cabinet privé qui prescrivent la méthadone à leurs patient(e)s, jusqu'aux centres polyvalents qui assurent une gamme de services et de soutiens comprenant le traitement d'entretien à la méthadone, d'autres services de traitement et de réadaptation liés à l'utilisation de substances, ainsi que des services de médecine et de santé mentale.

méthadone. Elle met l'accent sur la forme que devrait prendre une approche globale se rapportant à un traitement efficace et accessible d'entretien à la méthadone et sur les moyens d'y parvenir.

**Le présent document sur les meilleures pratiques a été élaboré à titre de source d'information autonome. Il n'est pas destiné à remplacer, mais plutôt à accompagner, les lignes directrices fédérales ou provinciales existantes en matière de traitement d'entretien à la méthadone.** Les lecteurs et lectrices qui désirent plus d'informations sur l'administration de traitements d'entretien à la méthadone doivent consulter les lignes directrices nationales actuelles (Santé et Bien-être social Canada, 1992), ainsi que les directives provinciales si elles existent déjà ou sont en voie d'élaboration[2]. De plus, nous encourageons les lecteurs et lectrices à consulter le rapport, produit au nom du Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue, de la recension de la documentation effectuée dans le but d'accompagner le présent document (voir Santé Canada, 2002a). Une brochure dont le contenu est fondé sur le présent rapport est également disponible (voir Santé Canada, 2002b).

> **Nota**
>
> Pour l'élaboration du présent document, l'équipe de chercheuses et de chercheurs s'est reportée à des sources qu'elle croit fiables. Toutefois, le but de ce document n'est pas de fournir aux lecteurs et lectrices une information suffisante pour prescrire ou administrer la méthadone.

---

2 Plusieurs provinces ont établi ou sont sur le point d'établir leurs propres directives. Dans ces secteurs de compétence, les directives provinciales sont destinées à remplacer les lignes directrices nationales.

# Remerciements

Le présent document a été élaboré au nom du Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue de Santé Canada. L'équipe de chercheuses et chercheurs comprenait Mme Bruna Brands, Ph. D., Centre de toxicomanie et de santé mentale; M. David Marsh, Ph. D, Centre de toxicomanie et de santé mentale; Mme Liz Hart, Jamieson, Beals, Lalonde & Associates Inc.; Mme Wanda Jamieson, Jamieson, Beals, Lalonde & Associates Inc. Le projet fut réalisé sous la direction du Comité directeur fédéral, provincial et territorial sur les meilleures pratiques en matière de traitement d'entretien à la méthadone.

L'équipe de chercheuses et chercheurs désire remercier le Comité directeur, les spécialistes canadiens et internationaux qui ont été interviewés ainsi que les fournisseurs de services, les clients/patients et les défenseurs des droits des clients/patients et les organismes de réglementation qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

# Table des matières


**Section 1. Introduction** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **1**

1.1 Raison d'être du présent document . . . . . . . . . . . . . . . . . 1

1.2 Public ciblé . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2

1.3 Élaboration du présent document . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2

**Section 2. Contexte** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **4**

2.1 Qu'est-ce que la dépendance liée à une substance ? . . . . . . . . 4

2.2 Qu'est-ce que la dépendance aux opiacés ? . . . . . . . . . . . . 4

2.3 Conséquences de la dépendance aux opiacés . . . . . . . . . . . 5

2.4 Qu'est-ce que le traitement d'entretien à la méthadone ? . . . . . 7

2.5 Comment fonctionne la méthadone ? . . . . . . . . . . . . . . . 7

2.6 Bref historique du traitement d'entretien à la méthadone . . . . 8

2.7 Évolution du contexte réglementaire et administratif . . . . . . . 9

2.8 Accès accru au traitement d'entretien à la méthadone au Canada : surmonter les obstacles . . . . . . . . . . . . . . . . . 9

2.9 Quelle est la situation actuelle ? Administration du traitement d'entretien à la méthadone au Canada et à l'étranger . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 12

2.10 Quels sont les types les plus efficaces de programmes de TEM ? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 14

2.11 Établir une suite continue de prestation des programmes de TEM . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 17

**Section 3. Justification** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **19**

3.1 Avantages possibles du traitement d'entretien à la méthadone . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 19

3.2 Coûts-avantages possibles du traitement d'entretien à la méthadone . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 22

**Section 4. Les meilleures pratiques du TEM – conception et mise au point des programmes** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **24**

4.1 Clarté des principes directeurs du programme et des objectifs de traitement . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 24

4.2 Accent mis sur l'engagement et la rétention . . . . . . . . . . . 26

4.3 Orientation axée sur l'entretien . . . . . . . . . . . . . . . . . . 26

4.4 Approche axée sur les client(e)s ou patient(e)s . . . . . . . . . . 27

4.5 Accessibilité . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 28

4.6 Services complets intégrés . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 29

4.7 Participation des client(e)s ou patient(e)s . . . . . . . . . . . . . 37

4.8 Participation de l'ensemble de la collectivité . . . . . . . . . . . 38

4.9 Ressources suffisantes . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 40

**Section 5. Les meilleures pratiques du TEM - politiques des programmes . . . 42**
5.1 Critères d'admissibilité ouverts . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 42
5.2 Évaluation rapide. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 44
5.3 Dosage individualisé suffisant . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 48
5.4 Dosage de la méthadone pendant la grossesse . . . . . . . . . . . 52
5.5 Durée illimitée du traitement . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 53
5.6 Critères clairs d'interruption involontaire du traitement . . . . . 54
5.7 Analyse toxicologique des urines et façon non punitive de considérer la consommation de drogues pendant le traitement . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 55
5.8 Sevrage graduel axé sur les client(e)s ou patient(e)s . . . . . . . 58

**Section 6. Les meilleures pratiques du TEM - le milieu et l'équipe responsable du programme . . . . . . . . . . . . . . . . 61**
6.1 Équipe multidisciplinaire . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 61
6.2 Ressources humaines adéquates. . . . . . . . . . . . . . . . . . 62
6.3 Compétence, attitudes et comportements pratiques. . . . . . . . 63
6.4 Établissement de relations et soutien . . . . . . . . . . . . . . . 63
6.5 Formation continue suffisante. . . . . . . . . . . . . . . . . . . 64
6.6 Milieu dans lequel est présenté le programme . . . . . . . . . . . 66
6.7 Approche organisée et structurée à l'égard du traitement. . . . . 66
6.8 Sécurité . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 67
6.9 Souplesse des modalités . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 68
6.10 Collecte et partage de l'information . . . . . . . . . . . . . . . 69

**Section 7. Les meilleures pratiques du TEM – répondre aux besoins des groupes particuliers . . . . . . . . . . . . . . . . . 70**
7.1 Le TEM et l'utilisation de plusieurs substances . . . . . . . . . . 71
7.2 Le TEM et les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes oraux . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 72
7.3 Le TEM et les femmes . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 73
7.4 Le TEM et les femmes enceintes . . . . . . . . . . . . . . . . . . 76
7.5 Le TEM et les jeunes. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 79
7.6 Le TEM et les sans-logis . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 81
7.7 Le TEM et les personnes habitant des collectivités rurales ou éloignées . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 81
7.8 Le TEM et les membres des Premières nations et les Inuit . . . . 83
7.9 Le TEM et les personnes vivant avec le VHC . . . . . . . . . . . 85
7.10 Le TEM et les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA. . . . . 86
7.11 Le TEM et les personnes atteintes de troubles mentaux . . . . . 87
7.12 Le TEM et les détenu(e)s dans les établissements correctionnels . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 91

**Section 8. Recherche et évaluation** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 95
8.1 Lacunes de la recherche . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 95
8.2 Nécessité d'une évaluation . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 96

**Liste de références et lectures additionnelles suggérées** . . . . . . . . . . . . . 97

# Section 1. Introduction

## 1.1 Raison d'être du présent document

Le présent document fait partie d'un effort continu appuyé par la Stratégie canadienne antidrogue visant à accroître l'accessibilité des programmes efficaces de traitement d'entretien à la méthadone au Canada en faisant de la promotion et en diffusant de l'information au sujet de stratégies efficaces de mise en oeuvre de ce type de traitement.

**Nous avons déjà observé dans la Préface que le présent document n'a pas pour but de remplacer, mais plutôt d'accompagner les lignes directrices nationales et provinciales existantes.** Les lecteurs(trices) doivent consulter les lignes directrices fédérales (Santé et Bien-être social Canada, 1992), ainsi que les directives provinciales existantes, pour y trouver de plus amples informations sur la façon de fournir des traitements d'entretien à la méthadone.

On trouvera dans le présent document de l'information sur les meilleures pratiques qui ont fait leurs preuves en matière de traitement d'entretien à la méthadone, ainsi que sur les éléments clés des programmes complets de traitement d'entretien à la méthadone.

Nous avons indiqué partout dans le document des liens avec la documentation publiée, et nous avons inclus à la fin une liste de références et de lectures suggérées. Tout le reste du matériel ne comportant pas de références est inspiré par la sagesse et l'expérience accumulées par les praticien(ne)s aussi bien que les consommateurs(trices) et apportées par les nombreuses personnes consultées pendant la durée du projet.

Dans ce document, les sections intitulées "Suggestions pratiques recueillies sur le terrain" sont un résumé de certains commentaires qui découlent des trois réunions de consultation qui ont eu lieu avec des experts dans le domaine du traitement d'entretien à la méthadone.

Dans une situation idéale, le présent document pourra contribuer à :

- mieux sensibiliser les praticiens et les fournisseurs de services;
- favoriser l'engagement et le maintien en traitement des client(e)s ou patient(e)s[3];
- améliorer les résultats des traitements.

3 Étant donné la vaste gamme de praticien(ne)s et de secteurs participant à la dispensation du TEM au Canada, le présent document utilise l'expression « client(e)s ou patient(e)s » plutôt que les termes séparés « client(e)s » ou « patient(e)s »

## 1.2 Public ciblé

Le présent document a été élaboré à l'intention des nombreux groupes différents de personnes qui s'occupent de fournir le traitement d'entretien à la méthadone au Canada, entre autres :

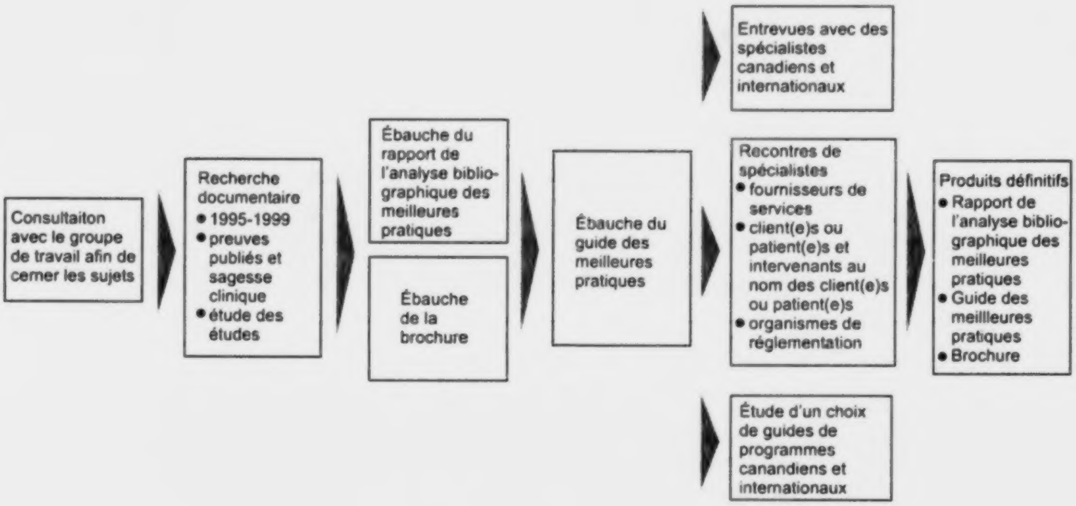
- les médecins;
- les pharmaciens;
- les infirmières et infirmiers;
- les psychologues;
- les autres praticiens du secteur de la santé;
- les fournisseurs de services travaillant dans les domaines de la santé mentale, des services sociaux et des services correctionnels, ainsi que du traitement et de la réadaptation des personnes qui abusent des intoxicants.

Il a également été conçu pour être utilisé par les responsables de l'élaboration des politiques et des programmes et des décideurs qui travaillent à l'intérieur des agences et ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux, ou entre ces divers organismes, dans le but d'accroître l'accessibilité au traitement d'entretien à la méthadone au Canada.

Bien qu'il n'ait pas été écrit particulièrement pour les client(e)s ou patient(e)s et les membres de leurs familles, ces derniers(ières) y trouveront une information qui leur sera certainement utile.

## 1.3 Élaboration du présent document

**Processus d'élaboration des produits concernant les meilleures pratiques du traitement d'entretien à la méthadone**



Le présent document se fonde sur :

- les constatations d'une vaste recension de la documentation qui a cerné les meilleures pratiques, fondées sur les preuves, en matière de traitement d'entretien à la méthadone (Santé Canada, 2002a)[4];
- l'étude d'un choix de guides des programmes d'entretien à la méthadone canadiens et internationaux afin de cerner les pratiques qui s'accordent avec les preuves d'efficacité;
- l'évaluation critique par les membres de l'équipe de chercheurs(ses) de tous les commentaires et les suggestions de personnes qui ont participé au vaste processus de consultation, qui a compris :
  - des entrevues avec 33 spécialistes canadien(ne)s et internationaux(ales), comprenant des médecins, des infirmiers et infirmières, des pharmacien(ne)s, des fournisseurs de traitement de l'abus des intoxicants et des chercheurs(ses);
  - une série de trois rencontres de spécialistes tenues avec des fournisseurs de services (médecins, psychologues, infirmiers et infirmières, pharmacien(ne)s et fournisseurs de traitements contre l'abus des intoxicants), des client(e)s ou patient(e)s et des intervenant(e)s au nom des client(e)s ou patient(e)s, ainsi que des représentant(e)s d'organismes professionnels clés (y compris les organismes de réglementation et de reconnaissance professionnelle des médecins et quelques organismes de réglementation des pharmacien(ne)s).

---

4 En plus de l'analyse bibliographique originale pour la période de 1995 à 1999 (Santé Canada, 2002a), un choix de publications clés parues en l'an 2000 ont été passées en revue. Les preuves ainsi tirées de la documentation publiée, telles que décrites dans le rapport de l'analyse bibliographique, font l'objet de renvois dans l'ensemble du présent document. Des travaux de recherche effectués pendant une période de presque quarante ans ont permis d'accumuler des connaissances et de la documentation portant sur le TEM. Le présent rapport est fondé en grande partie sur des textes de pointe édités par d'autres, particulièrement Ward et coll. (1998e), Strain et Stitzer (1999) et Lowinson et coll. (1997). Bien que le présent document ne cite pas toutes les sources primaires mentionnées dans les ouvrages ci-dessus, et dans d'autres, nous encourageons les lecteurs(trices) à consulter ce matériel.

# Section 2. Contexte

## 2.1 Qu'est-ce que la dépendance liée à une substance ?

Selon les critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*[5] de « l'American Psychiatric Association », la principale caractéristique de la dépendance à l'égard d'une substance est «...un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance...un mode d'utilisation répétée qui conduit, en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive. » Bien que la tolérance et le sevrage soient habituellement des caractéristiques de la dépendance, le DSM-IV observe que ni l'un ni l'autre n'est nécessaire pour établir un diagnostic de dépendance à l'égard d'une substance (Brands, Sproule et Marshmer, 1998, 42).

Comme l'expliquent Brands et coll. (1998, 43-44), le terme « toxicomanie » tend à être remplacé dans la communauté médicale par « dépendance à une substance ». Ils observent également que l'expression « alcoolisme et toxicomanie » est : "hautement complexe, chargée de valeurs et souvent excessivement vague, et ne se prête pas complètement à une définition unique". De plus, parce que les termes ont des significations différentes selon les groupes de personnes, et que ces définitions reflètent des points de vue différents, il est souvent difficile de distinguer clairement entre l'*usage* d'intoxicants et l'*abus* d'intoxicants (Brands et coll., 1998, 45).

## 2.2 Qu'est que la dépendance aux opiacés ?

Selon le DSM-IV, la dépendance aux opiacés est un type de dépendance aux substances. Le DSM-IV précise des critères de diagnostic de la dépendance aux opiacés qui sont les mêmes que pour la dépendance à une substance et qui comprennent la tolérance physique et la dépendance à l'égard des opioïdes, ainsi que l'usage compulsif des opioïdes malgré leurs méfaits :

> « Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

5 Réimprimée avec la permission des Editions Masson, 1996.

1. tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

   a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré

   b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance

2. sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

   a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de Sevrage à une substance spécifique)

   b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

3. la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu

4. il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance

5. beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets

6. des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance

7. l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)... »

## 2.3 Conséquences de la dépendance aux opiacés

Les personnes qui sont dépendantes à l'égard des opioïdes mènent souvent des vies extrêmement stressantes et chaotiques et connaissent fréquemment de graves problèmes sanitaires et sociaux à cause de leur dépendance. Elles sont très exposées au décès prématuré par suite de surdoses accidentelles, d'accidents ou de violence liés aux drogues. Le partage des aiguilles ou seringues, des pailles, des réchauds ou d'autre matériel contaminé servant à consommer la drogue, constitue pour ces personnes un grave danger de contracter le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite C (VHC) ou d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang. Le problème de dépendance aux opiacés peut être aggravé par l'usage de plusieurs substances, ainsi que par des facteurs tels que la pauvreté et la

clochardise. Les troubles mentaux comme la dépression, le trouble de personnalité antisocial et les phobies sont courants. Il arrive souvent que les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes aient connu une longue période de rejet, d'exclusion et d'incarcération, qui renforce leurs sentiments d'aliénation et d'antagonisme. Elles pourraient avoir l'impression d'exercer peu de contrôle sur leurs vies.

La dépendance aux opiacés est un problème social coûteux. Les chercheurs ont estimé qu'il pourrait y avoir de 40 000 à 90 000 personnes au Canada faisant un usage régulier de l'héroïne (Fischer et Rehm, 1997, 367). La majorité des personnes dépendantes à l'égard des opioïdes font usage de drogues injectables[6]. Sans traitement, la dépendance aux opiacés comporte des coûts liés à l'activité criminelle, aux services médicaux, au traitement pour toxicomanie, à la perte de productivité et, de plus en plus, à la transmission du VIH, du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang. En 1996, environ la moitié des 4 200 nouvelles infections par le VIH qu'on estime s'être produites au Canada affectaient les utilisateurs de drogues injectables (Santé Canada, 1999b, 1)[7]. Selon le Laboratoire de lutte contre la maladie (tel que cité dans Santé Canada, 2000c, 6), au moins 70 p. 100 des infections courantes par le VHC étaient liées à l'usage de drogues injectables. Certaines populations de personnes dépendantes à l'égard des opioïdes sont particulièrement vulnérables devant le double problème que posent l'usage des drogues injectables et l'infection par le VIH, le VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang, notamment les femmes, les jeunes de la rue, les contrevenants dans les établissements correctionnels et les Autochtones (Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 1999, 11; Santé Canada, 2000c, 15-20).

La recherche effectuée par Single et coll. (cités dans Fischer et Rehm, 1997, 368) indique que les coûts se rapportant à l'usage des drogues injectables et à la dépendance aux opiacés sont considérables. Dans l'ensemble, on estime que l'usage des drogues illicites au Canada a coûté 1,37 milliard de dollars en 1992, et que 70 p. 100 environ de cette somme (ou 48 $ par personne) est attribué à l'usage des

---

6 Les documents passés en revue pour le présent rapport mettaient surtout l'accent sur l'injection des opioïdes, principalement l'héroïne. Certains client(e)s ou patient(e)s qui reçoivent un traitement d'entretien à la méthadone sont dépendant(e)s à l'égard des opioïdes administrés autrement, par exemple, des opioïdes comme la morphine ou l'hydromorphone prises oralement. D'autres peuvent fumer ou renifler l'héroïne. Bien qu'on n'ait pas trouvé, dans le cadre de la présente étude, d'estimation du nombre de personnes dépendantes à l'égard des opioïdes administrés autrement que par injection, une certaine information existe concernant l'usage des opioïdes obtenus sur ordonnance. L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 a trouvé que 4,7 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens de 15 ans ou plus ont reconnu avoir utilisé un analgésique opioïde (codéine, Demerol® ou morphine) pendant le mois précédant l'enquête (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1999, 117).

7 Les utilisateurs(trices) de drogues injectables sont en danger, quel que soit la substance utilisée. Ces chiffres comprennent des gens qui s'injectent des opioïdes, d'autres drogues comme la cocaïne, ou les deux. Selon la recherche de Poulin et coll. (citée dans Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 1999, 10), il y a des taux très élevés d'usage de cocaïne injectable à Vancouver, Toronto et Montréal.

opioïdes. On estime à 153 000 $ le coût du traitement d'une personne atteinte d'une infection par le VIH pendant le reste de sa vie (c'est-à-dire une période de 17 ans) (Albert et Williams, 1998, 38).

## 2.4 Qu'est-ce que le traitement d'entretien à la méthadone ?

Bien qu'on continue à explorer d'autres formes de traitement de la dépendance aux opiacés, au Canada et dans le reste du monde, le traitement d'entretien à la méthadone reste la forme de traitement la plus répandue pour les personnes souffrant de dépendance aux opiacés. La méthadone elle-même est un agoniste opioïde synthétique à action prolongée, qui est prescrit pour traiter la dépendance aux opiacés. Les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes peuvent être accoutumées aux opioïdes absorbés par la bouche ou par injection, comme l'héroïne (diacétylmorphine), la morphine ou l'hydromorphone. Le traitement d'entretien à la méthadone est une forme appropriée de traitement de la dépendance aux opiacés, quel que soit le mode d'administration (orale ou par injection).

Il n'existe pas de définition universelle d'un « programme » de traitement d'entretien à la méthadone, bien que le fondement commun soit clairement l'utilisation de la méthadone. Les éléments et les politiques des programmes varient considérablement dans les divers pays du monde aussi bien qu'à l'intérieur du Canada. Toutefois, une façon d'aborder le traitement d'entretien à la méthadone de façon globale comprend généralement un certain nombre d'éléments, lesquels peuvent être assurés de diverses manières et à des degrés d'intensité variés, y compris :

- des doses de méthadone;
- les traitements médicaux;
- le traitement de l'abus d'autres substances;
- le counseling et le soutien;
- des services de santé mentale;
- la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'éducation;
- des liens avec d'autres services et soutiens communautaires;
- des services d'approche et d'intervention. (Voir la section 4.6 - Services complets intégrés.)

## 2.5 Comment fonctionne la méthadone ?

La méthadone fonctionne en soulageant les symptômes de sevrage des opioïdes. Un niveau stable et suffisant de méthadone dans le sang réduit l'intense désir chronique d'opioïdes. Comme la méthadone a une action beaucoup plus prolongée que certains autres opioïdes comme l'héroïne, une dose orale quotidienne prévient

l'apparition des symptômes de sevrage des opioïdes, y compris l'anxiété, l'agitation, l'hydrorrhée nasale, le larmoiement, la nausée et les vomissements, pendant 24 heures ou plus.

La méthadone diminue les effets euphorisants des autres opiacées (tolérance croisée), sans nécessairement causer d'euphorie, de sédation ou d'analgésie (Lowinson et coll., 1997, 407). Cela signifie que les opioïdes illicites auto-administrés ne provoqueront pas d'euphorie, réduisant ainsi les chances que les client(e)s ou patient(e)s traité(e)s à la méthadone vont utiliser des opioïdes illicites ou prendre des doses excessives.

Les personnes participant au programme de traitement d'entretien à la méthadone prennent ce médicament oralement, une fois par jour, souvent mélangé avec une boisson à l'orange. Comme la méthadone a une action prolongée, le besoin de s'injecter d'autres opioïdes diminue et cela réduit les méfaits pour la santé liés à l'usage des drogues injectables.

La tolérance aux effets de la méthadone se développe très lentement, permettant à de nombreuses personnes qui sont dépendantes à l'égard des opioïdes d'être entretenues sans danger avec la même dose de méthadone pendant de nombreuses années.

Lorsqu'elle est prescrite et administrée de façon appropriée, la méthadone est considérée comme un médicament sans danger du point de vue médical.

Nous invitons les lecteurs qui désirent obtenir de plus amples renseignements au sujet de la pharmacologie et de la pharmacocinétique de la méthadone à consulter les documents de référence mentionnés à la fin du présent document.

## 2.6 Bref historique du traitement d'entretien à la méthadone

La méthadone a d'abord été développée en Allemagne pour servir d'analgésique de remplacement de la morphine. Pendant la Seconde Guerre mondiale, la formule fut portée à l'attention de chercheurs nord-américains, qui ont ensuite découvert que la méthadone pouvait être utilisée pour traiter les symptômes de sevrage de l'héroïne. Bien que les travaux des chercheurs américains Dole et Nyswander, au début des années 1960, soient peut-être les mieux connus parmi ceux qui démontrent l'à-propos de la méthadone à titre de traitement d'entretien, ce fut un chercheur canadien, le Dr Robert Halliday, qui en 1963 a mis au point en Colombie-Britannique ce qui pourrait bien avoir été le premier programme de traitement d'entretien à la méthadone au monde. (Ruel, cité dans Santé Canada, 1998, 3; Berger, Carlisle et Marsh, cités dans ministère de la Santé de l'Ontario, 1999, 6).

De nos jours, la méthadone reste le seul opioïde autorisé au Canada pour le traitement pharmacologique à l'externe de longue durée (plus de 180 jours) des personnes qui sont dépendantes à l'égard des opioïdes (Santé et Bien-être social Canada, 1992, 10). Pendant la quarantaine d'années qui a suivi la première utilisation de la méthadone au Canada, le nombre de personnes recevant ce genre de traitement a fluctué et les règlements entourant la méthadone ont évolué. Après la publication en 1972 des premières directives nationales concernant la prescription de la méthadone, le nombre de personnes recevant ce traitement est passé de 1 700 en 1972 à seulement 600 en 1982 (Berger, Carlisle et Marsh, cités dans ministère de la Santé de l'Ontario, 1999, 5). Depuis lors, à mesure que se sont répandues la sensibilisation et l'inquiétude devant la dépendance aux opiacés et ses autres méfaits connexes pour la santé publique, notamment le taux croissant d'infection par le VIH, le VHC et les autres agents pathogènes véhiculés par le sang chez les utilisateurs de drogues injectables, le nombre de personnes dépendantes à l'égard des opioïdes qui reçoivent un traitement d'entretien à la méthadone a augmenté.

## 2.7 Évolution du contexte réglementaire et administratif

Le contexte réglementaire et administratif dans lequel le traitement d'entretien à la méthadone est administré au Canada continue à évoluer. À partir du milieu des années 1990 jusqu'à présent, il s'est produit des changements importants en ce qui concerne l'administration du traitement d'entretien à la méthadone. Le Bureau des substances contrôlées, Santé Canada, permet aux médecins de prescrire la méthadone. Depuis quelques années, les provinces commencent à assumer certaines responsabilités en matière d'administration des programmes de traitement d'entretien à la méthadone. En ce moment, plusieurs provinces ont élaboré, ou sont en train de le faire, des lignes directrices et une formation destinées aux praticiens intéressés à assurer des traitements d'entretien à la méthadone.

## 2.8 Accès accru au traitement d'entretien à la méthadone au Canada : surmonter les obstacles

Les efforts actuels visant à accroître l'accès au traitement d'entretien à la méthadone découlent de l'inquiétude continue devant le nombre relativement faible de personnes qui peuvent obtenir ce type de traitement au Canada, contrairement aux autres pays, comme l'Australie, où on considère le traitement d'entretien à la méthadone comme une stratégie clé en matière de santé publique[8]. Bien que depuis quelques années, le nombre de client(e)s ou patient(e)s inscrit(e)s dans un programme de traitement d'entretien à la méthadone ait augmenté jusqu'à environ

8 Selon les travaux de recherche passés en revue par Fischer et Rehm (1997, 368), le Canada a un taux de 111 places de traitement à la méthadone par million d'habitants, un taux inférieur à ceux de l'Australie (1 020), de la Suisse (2 000), de la Belgique (1 000), de l'Allemagne (247) et des É.-U. (442). En 1996, à la mi-année, 3 250 personnes environ recevaient un traitement d'entretien à la méthadone au Canada.

15 000 (D. Marsh, communication personnelle, novembre 2000), les critiques de la situation canadienne observent toujours qu'il reste des obstacles à tous les niveaux : au sein de la société, dans les systèmes, dans les programmes et au niveau individuel, et qu'il faut essayer de les surmonter.

Jusqu'ici, certains signes de progrès commencent à se manifester en ce qui concerne les obstacles :

- une sensibilisation croissante sur le terrain de la nécessité d'un dialogue constant, à tous les niveaux, ainsi que d'un engagement envers la collaboration et la coordination si on veut surmonter les obstacles et accroître l'accès au traitement d'entretien à la méthadone au Canada;
- la reconnaissance accrue chez les praticiens de la nécessité de services souples et individualisés, axés sur les besoins des client(e)s ou patient(e)s;
- l'accent placé de plus en plus, sur le terrain, sur le rôle des programmes de traitement d'entretien à la méthadone dans le cadre d'une approche axée sur la réduction des méfaits de la dépendance aux opiacés[9] (Fischer et Rehm, 1997, 369);
- la reconnaissance internationale de l'importance du traitement d'entretien à la méthadone, particulièrement des approches à seuil bas, à titre de stratégie de lutte contre la transmission du VIH, et peut-être pour aider à prévenir et à contrôler la transmission du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang chez les utilisateurs de drogues injectables.

Nous avons inséré dans le présent document diverses suggestions visant à accroître l'accessibilité du traitement d'entretien à la méthadone, particulièrement dans le cadre des programmes, ainsi que pour des groupes particuliers de personnes.

---

9 Il n'existe pas de définition unique de l'expression « réduction des méfaits ». Le présent document se fonde sur la description suivante : « Les stratégies de réduction des méfaits cherchent à faire baisser la probabilité que les toxicomanes contractent ou transmettent l'infection par le VIH, l'hépatite C et d'autres infections, absorbent des surdoses de drogues de puissance ou pureté inconnue ou se fassent du mal, à eux(elles)-mêmes ou aux autres membres de la population, d'une façon ou d'une autre. Cette approche vise à réduire les méfaits particuliers liés à l'utilisation de substances sans exiger l'abstinence totale de toutes les drogues. Les stratégies de réduction des méfaits se fondent sur une hiérarchie des buts et mettent l'accent sur des objectifs pragmatiques et réalisables à court terme plutôt que sur des buts idéalistes à long terme » (Nadelmann; Des Jarlais et coll., Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; Des Jarlais et Friedman, cités dans Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 1999, 43). On a décrit également la réduction des méfaits comme un principe de santé publique qui « reconnaît qu'une approche pragmatique qui évite de porter des jugements, particulièrement lorsqu'il s'agit des dépendances, est un moyen plus efficace de réduire au minimum les méfaits des toxicomanies qu'un modèle qui insiste sur l'abstinence comme condition préalable du traitement » (de Burger, cité dans Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 1999, 44).

| Obstacles | Moyens possibles d'éliminer les obstacles |
|---|---|
| Attitudes devant le traitement, y compris la peur et la fausse information | Élargir les efforts d'éducation, y compris la diffusion d'informations, auprès des responsables de l'établissement des politiques, des praticiens, des membres du grand public et des client(e)s ou patient(e)s. |
| Les différences de principes entre les praticiens | Éduquer les praticiens et leur offrir des occasions de dialogue. |
| L'insuffisance des ressources consacrées au traitement | Accroître les ressources, réaffecter des ressources existantes, ou les deux. |
| Le manque de praticiens | Lier les stratégies d'éducation aux initiatives de recrutement. Chercher des incitatifs. |
| Le niveau de réglementation | Consultation et dialogue continus avec tous les secteurs de compétence afin de préciser les rôles. |
| Accès inégal ou morcelé aux services d'une compétence ou d'un secteur à l'autre et manque de transférabilité. | Dialogue et partage d'information continus entre les compétences et les secteurs afin d'assurer une fertilisation croisée des connaissances et de l'expérience des meilleures pratiques. |
| Manque d'accès dans les zones rurales ou éloignées. | Accroître l'accès (voir la section 7.7 - Le TEM et les personnes habitant des collectivités rurales ou éloignées) |
| Manque de services d'approche et d'intervention. | Élargir les services d'approche (voir la section 4.6.7 - Services d'approche et d'intervention). |
| Politiques des programmes (critères d'admissibilité et autres) | Réexaminer les politiques des programmes (voir la section 5.0 - Les meilleures pratiques du TEM - Politiques des programmes). |
| Manque de soutien des client(e)s ou patient(e)s (coût du traitement, accessibilité et coût des services de transport et des services de garderies et autres) | Accroître les soutiens à la disposition de tou(te)s les client(e)s ou patient(e)s, y compris ceux et celles qui ont des besoins particuliers (voir la section 7.0 - Les meilleures pratiques du TEM - Répondre aux besoins de groupes particuliers). |
| Manque de soutien des membres des équipes | Accroître le soutien assuré aux praticiens (voir la section 6.0 - Les meilleures pratiques du TEM - Le milieu et l'équipe responsable du programme). |

## 2.9 Quelle est la situation actuelle ? Administration du traitement d'entretien à la méthadone au Canada et à l'étranger

Dans l'ensemble du monde, le traitement d'entretien à la méthadone est administré de nombreuses façons différentes. En plus de différences en ce qui concerne les cadres réglementaires nationaux, les programmes sont très variés quant à leurs principes directeurs, à la portée des services de traitement non pharmacologique offerts, aux politiques des programmes et aux milieux dans lesquels les programmes sont présentés. Les programmes servent également des groupes différents de client(e)s ou patient(e)s.

Dans certains pays, on fait des efforts pour accroître l'accès au traitement d'entretien à la méthadone. Aux États-Unis, par exemple, les tentatives menées à cet effet ont donné lieu à de nouvelles façons d'aborder la présentation des programmes, notamment :

- l'entretien médical (à partir des cabinets des médecins);
- des programmes à services limités (la méthadone seule, sans services complémentaires);
- des cliniques de méthadone sous forme de lieux de soins primaires (accès sur place aux services de soins de santé primaires);
- un traitement à la méthadone à court terme en établissement;
- des programmes axés sur les services correctionnels;
- des services spéciaux de soins médicaux primaires pour les personnes vivant avec le VIH et le SIDA;
- un traitement respectueux des différences culturelles et axé sur la famille;
- des programmes qui dispensent immédiatement des services aux client(e)s ou patient(e)s nouvellement admis(es) (Lowinson et coll., 1997, 412-413).

D'autres pays ont également adopté une gamme de différentes façons d'administrer les programmes, dont des exemples bien connus comprennent les stratégies axées sur des fourgonnettes mobiles aux Pays-Bas et à Boston (Lowinson et coll., 1997, 413).

### Le traitement d'entretien à la méthadone au Canada

Au Canada, comme dans beaucoup d'autres pays, il existe un cadre réglementaire au palier national pour la prescription de la méthadone. Le Bureau des substances contrôlées de Santé Canada collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que les organismes de réglementation médicale, afin d'accroître l'accès au traitement d'entretien à la méthadone. Jusqu'ici, plusieurs provinces ont mis au point, ou sont en train de le faire, des lignes directrices et une formation destinées aux praticiens intéressés à assurer un traitement d'entretien à la méthadone. Bien que les provinces se soient de plus en plus engagées dans le travail

de définition des conditions dans lesquelles les médecins sont autorisés à prescrire la méthadone, la méthadone ne peut être prescrite que par les médecins qui ont reçu une exemption en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

Il y a peu de renseignements publiés sur les divers types de programmes disponibles au Canada. Une enquête nationale au sujet des programmes de traitement des abus d'intoxicants a recueilli de l'information sur 870 programmes (ce qu'on estime à 70 p. 100 environ des programmes disponibles au Canada). Au total, 38 programmes ont mentionné fournir le traitement d'entretien à la méthadone, dont la moitié indiquaient l'utilisation d'un régime à doses plus élevées (de 60 à 100 mg par jour). La fréquence du recours à ce genre de traitement, ainsi que le besoin perçu, varient selon les régions du pays (Santé Canada, 1999d, 1,17,20[10]). Selon un rapport national récent, de nombreux programmes de traitement d'entretien à la méthadone du Canada mettent de l'avant le principe de l'abstinence totale, et certains d'entre eux n'offrent pas de services complets, comme les soins médicaux primaires, le counseling ou l'éducation. De plus, bien que certaines provinces aient élargi leurs programmes de méthadone et les aient rendus plus accessibles, d'autres n'offrent même pas ces programmes (Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 1999, 6,16).

Les recherches effectuées en vue de l'élaboration du présent document, y compris la consultation de la base de données du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, suggèrent que les programmes de traitement d'entretien à la méthadone sont présentés dans une gamme de milieux différents, notamment :

- des services ou cliniques de traitement lié à l'utilisation de substances (services externes ou en établissement);
- des centres de santé et cliniques communautaires;
- des cliniques médicales privées;
- des cabinets de médecins particuliers (entretenant des liens avec des pharmacies communautaires);
- des cliniques de santé hospitalières;

10 Les résultats de l'enquête indiquent que le traitement d'entretien à la méthadone est particulièrement courant en Colombie-Britannique. De plus, les répondant(e)s de Terre-Neuve, de l'Î.-P.-É. et du Nouveau-Brunswick ont indiqué un besoin limité en matière de traitement de la dépendance aux opiacés. Les répondant(e)s des T.N.-O. et du Yukon ont mentionné une augmentation de la dépendance aux opiacés et la nécessité de nouveaux programmes (Santé Canada, 1999d, 20). L'Ontario et plusieurs autres provinces travaillent à l'élargissement des services de traitement d'entretien à la méthadone et assurent la formation et l'autorisation de médecins pouvant assurer le traitement des personnes qui ont été stabilisées au moyen de la méthadone (Brands, et coll., 2000a).

- des services ou cliniques se consacrant au VIH et au SIDA;
- des agences ou cliniques de santé mentale;
- des établissements correctionnels[11].

Les personnes s'occupant de l'administration du traitement comprennent des praticiens et fournisseurs de services appartenant à de nombreuses disciplines différentes et avec des antécédents variés, notamment la médecine, le traitement et la réadaptation des toxicomanes, le travail social, la santé mentale et d'autres. Le rôle des praticiens en ce qui concerne l'administration du traitement a tendance à varier jusqu'à un certain point, dépendant de divers facteurs, y compris le milieu dans lequel le programme est offert, les ressources disponibles et le lieu géographique. Il semble également y avoir une diversité considérable entre les secteurs de compétence et entre les programmes, en ce qui concerne les principes directeurs des programmes, la gamme des services offerts, les groupes de client(e)s ou patient(e)s servis, le degré de participation des client(e)s ou patient(e)s, les politiques des programmes et le liéu dans lequel sont administrés les programmes.

## 2.10 Quels sont les types les plus efficaces de programmes de TEM ?

Pour le moment, comme le fait remarquer Bell (1998a, 161), « en dépit de l'existence d'un vaste ensemble de documentation décrivant la recherche, il n'y a pas de consensus général concernant le rôle du traitement d'entretien à la méthadone ou la façon d'administrer ce type de traitement. Même lorsqu'on peut trouver de solides preuves empiriques, par exemple, sur l'importance de doses de méthadone suffisantes, les pratiques sont souvent contraires aux preuves dégagées par la recherche. » Quelques-unes des difficultés qui s'opposent à un consensus au sujet des modes de traitement les plus efficaces se rapportent à la diversité des objectifs du traitement. D'autres problèmes découlent du fait que certains types de programmes ont fait l'objet d'évaluations considérables, alors que d'autres ont reçu moins d'attention. De plus, la constellation actuelle des différentes stratégies d'administration du traitement reflètent les tentatives de répondre à des circonstances ou à des besoins particuliers.

Il existe toutefois des preuves qui suggèrent que certaines caractéristiques sont communes aux programmes qui accroissent les possibilités de retenir les client(e)s ou patient(e)s et améliorent les autres résultats. La rétention est un résultat particulièrement important : si les programmes ne parviennent à recruter et à retenir les client(e)s ou patient(e)s, il sera impossible d'obtenir les avantages attendus. Par conséquent, le présent manuel va mettre l'accent sur les aspects clés ci-dessous :

11 La consultation de la base de données du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a permis de trouver une gamme de programmes de méthadone.

- la conception et la mise au point des programmes;
- les politiques des programmes;
- le milieu et l'équipe responsable du programme;
- l'adaptation des programmes de façon à répondre aux besoins de groupes particuliers de client(e)s ou patient(e)s.

## Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

- Les praticien(ne)s et les client(e)s ou patient(e)s) ont besoin de pouvoir consulter une base de données au sujet de tous les programmes disponibles dans toutes les régions du pays.
- Les différentes communautés s'occupant de la fourniture de services ont besoin de moyens de mettre en commun leurs connaissances et leurs expériences.
- Il est important de préciser les objectifs de traitement devant servir à mesurer l'efficacité des programmes.
- On a besoin d'une série continu de choix de programmes, p. ex., les programmes à « seuil bas » pourraient servir de « pont » permettant d'accéder à des programmes offrant des services plus complets.

## Meilleure pratiques du TEM

| Conception et mise au point des programmes | Politiques des programmes | Modes d'administration du traitement | Milieu et équipe responsable du programme | Répondre aux besoins de groupes particuliers | Recherche et évaluation |
|---|---|---|---|---|---|
| • clarté des principes directeurs du programme et des objectifs du traitement;<br>• accent mis sur l'engagement et la rétention;<br>• orientation axée sur l'entretien;<br>• approche axée sur les client(e) ou patient(e)s;<br>• accessibilité;<br>• services complets intégrés<br>– traitement médicaux;<br>– traitement de l'usage d'autres substances;<br>– Counseling et soutien;<br>– Services de santé mentale;<br>– Promotion de la santé, prévention de la maladie et éducation;<br>– Liens avec d'autres services et soutien communautaires;<br>– Service d'approche et d'intervention;<br>• participation des client(e)s ou patient(e)s;<br>• participation de l'ensemble de la communauté;<br>• ressources suffisantes. | • critères d'admissibilité ouverts;<br>• évaluation dans des délais raisonnables;<br>• dosage individualisé suffisant;<br>• dosage de la méthadone pendant la grossesse;<br>• durée illimitée du traitement;<br>• critères de renvoi clairs;<br>• attitude non punitive devant la consommation d'autres drogues pendant le traitement;<br>• sevrage axé sur les client(e)s ou patient(e)s. | • Continuité de l'administraiton du programme de façon à répondre aux besoins de différentes personnes à différentes étapes de leur traitement. | • équipe multidisciplinaire;<br>• ressourses humaines adéquates;<br>• compétences, attitudes et comportements;<br>• relations mutuelles et soutien;<br>• formation continue suffisante;<br>• milieu dans lequel est présenté le programme;<br>• approche organiséç et structure;<br>• sécurité;<br>• souplesse des modalités;<br>• collecte et partage de l'information. | • polytoxicomanes;<br>• les personnes dépendantes des opioïdes oraux;<br>• les femmes<br>• les femmes enceintes;<br>• les jeunes enfants;<br>• les jeunes;<br>• les sans-logis;<br>• les personnes habitant des collectivités rurales ou éliognées;<br>• les membres des Premières nations et les Inuit;<br>• les personnes vivant avec le VHC;<br>• les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA;<br>• les personnes atteintes de troubles mentaux;<br>• les contrevenants dans les établissements correctionnels. | • combler les lacunes de la recherche;<br>• évaluer les programmes. |

## 2.11 Établir une suite continue de prestation des programmes de TEM

Étant donné la diversité des objectifs et des besoins des client(e)s ou patient(e)s, la disponibilité d'une suite continue de modes de prestation des programmes de TEM, à partir de programmes à services limités[12], jusqu'à des niveaux de services beaucoup plus intensifs, pourrait bien être la préoccupation la plus importante. On devrait reconnaître que les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes constituent une population hétérogène avec de nombreuses raisons différentes d'entreprendre (ou d'éviter) le traitement. Elles n'ont pas toutes le même type ou degré de besoin d'être traitées. De plus, comme dans le cas de tous les types de traitements, les besoins des gens vont évoluer avec le temps, à mesure que le traitement avancera. Plus de souplesse, d'innovation et de collaboration de la part des diverses communautés d'administration de traitement, y compris les médecins, les fournisseurs de traitements pour l'utilisation de substances et autres, signifie de meilleurs résultats.

### Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

- Accroître le nombre des choix de programmes et des points d'accès.
- Intensifier les services d'approche, particulièrement auprès des sans-logis ou des personnes atteintes en même temps de troubles mentaux.
- Assurer la disponibilité d'un plus grand nombre de programmes à seuil bas et prévoir des liens avec des programmes plus complets.
- Tous les hôpitaux devraient avoir la capacité de dispenser un TEM (et le personnel formé à cet effet).
- Tous les établissements de traitement lié à l'utilisation de substances devraient avoir établi des politiques et des pratiques leur permettant d'accepter les client(e)s ou patient(e)s recevant le TEM.
- Voir à ce que les pharmaciens de la communauté soient désignés à titre de membres de l'équipe du programme.
- Établir des liens entre les services de traitement d'utilisation de substances et les services de santé mentale.
- Recruter (et appuyer) un plus grand nombre de médecins de famille afin qu'ils(elles) obtiennent l'autorisation de prescrire la méthadone et participent aux traitements partagés avec les agences et établissements communautaires.
- Favoriser une façon multidisciplinaire d'aborder la prestation des programmes.
- Faire participer des infirmières et infirmiers de première ligne à la prestation des programmes.

---

12 Y compris les programmes à « seuil bas » comportant des critères d'admissibilité limités.

- Établir un plus grand nombre de cliniques communautaires à des endroits accessibles.
- Se fier aux médecins de famille pour assurer le traitement continu des client(e)s ou patient(e)s stabilisé(e)s qui n'ont presque plus besoin de services intensifs (avec des liens avec d'autres services au besoin).
- Le fait de fréquenter le cabinet d'un médecin plutôt qu'une clinique spécialisée pourrait comporter une stigmatisation moindre pour les client(e)s ou patient(e)s.
- Faire travailler des médecins prescripteurs dans les centres d'échange de seringues.
- Étudier les modèles internationaux comme la distribution automatisée.

# Section 3. Justification

Bien que l'usage de la méthadone comporte quelques effets secondaires (voir la section 5.3 - Dosage individualisé suffisant), comme dans le cas de n'importe quel médicament, il y a de nombreuses bonnes raisons d'assurer aux personnes dépendantes à l'égard des opioïdes l'accès au traitement d'entretien à la méthadone.

## 3.1 Avantages possibles du traitement d'entretien à la méthadone

Un survol de la documentation (Santé Canada, 2002a) indique que le traitement d'entretien à la méthadone est efficace en ce qui concerne la réduction de :

- l'usage des autres opioïdes;
- l'usage d'autres substances comme la cocaïne;
- l'activité criminelle;
- la mortalité;
- les comportements à risque se rapportant à l'injection de drogues;
- les autres comportements à risque se rapportant à la transmission du VIH et des MTS;
- la transmission du VIH (et peut-être du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang)[13].

13 Il faudrait effectuer plus de recherches afin d'établir l'efficacité du TEM à titre de stratégie primaire de prévention de la transmission du VHC et des autres agents pathogènes véhiculés par le sang. Le National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction (1998, 1940) a trouvé que le TEM réduit la transmission de « nombreuses infections, y compris les infections par le VIH et le virus de l'hépatite B et C. » Tout en reconnaissant la possibilité que le TEM joue un rôle lorsqu'il s'agit de réduire la transmission du virus de l'hépatite C (VHC), Ward et coll. (1998g, 68-69) font remarquer que la plupart des personnes qui demandent le TEM auront déjà été exposées au VHC, ce qui réduit les chances pour le TEM d'être un moyen efficace de prévention primaire dans le cas de ces personnes. Les résultats du processus de consultation se rapportant au présent projet suggèrent qu'il pourrait y avoir des différences entre les milieux urbains et ruraux. Les personnes de milieux ruraux pourraient demander le traitement avant d'avoir contracté le VHC, une situation qui pourrait se rapporter, soit à une prévalence moins élevée dans ces collectivités, soit à un usage plus considérable des opioïdes oraux. Dans le cas de personnes demandant le TEM qui n'ont pas été exposées au VHC et qui arrivent à s'abstenir de tous les intoxicants pendant leur traitement, le TEM pourrait être une stratégie de prévention clé (Novick, 2000, 440). Comme on le mentionne plus loin dans le présent document, il faudrait examiner les candidat(e)s au TEM pour voir s'ils (si elles) sont déjà infecté(e)s par le VHC, et leur assurer des soins, une surveillance et un soutien adéquats. On devrait étudier les choix de traitements disponibles dans le cadre d'une approche globale.

On a également constaté que le traitement d'entretien à la méthadone peut améliorer :

- la santé physique et mentale;
- la vie en société;
- la qualité de vie;
- les résultats de la grossesse.

On associe le traitement d'entretien à la méthadone à une meilleure capacité de retenir les client(e)s ou patient(e)s. Par conséquent, le traitement d'entretien à la méthadone pourrait profiter, non seulement aux personnes recevant le traitement, mais également à celles qui le dispensent, ainsi qu'au reste de la collectivité et à l'ensemble de la société.

Dans le cas des personnes dépendantes à l'égard des opioïdes, le traitement d'entretien à la méthadone assure l'accès à une source stable de médicaments légaux et de qualité pharmaceutique. Ainsi, les personnes qui reçoivent le traitement ne sont plus affectées par le stress causé par la nécessité de maintenir un approvisionnement constant d'opioïdes illicites et qui donne souvent lieu à des activités criminelles et à des comportements sexuels à risque élevé, ainsi qu'à des pratiques d'injection dangereuses. Plutôt que de traverser des cycles constants de hauts et de bas, à la suite d'injections répétées d'héroïne, par exemple, leurs humeurs et leur capacité de fonctionner se stabilisent (Dole, Nyswander et Kreek, cités dans National Institute on Drug Abuse, 1995, 4-9). De façon générale, la recherche indique que les personnes recevant un TEM vont :

- consacrer moins de temps à l'usage quotidien des narcotiques (McGlothlin et Anglin, cités dans NIDA, 1995, 4-8);
- réduire (pour aussi longtemps qu'elles vont continuer à recevoir le traitement) leur consommation d'opioïdes obtenus illégalement (Simpson et Sells; Hubbard et coll.; Simpson et Sells; Ball et Ross, cités dans NIDA, 1995, 4-10, 4-12, 4-14);
- réduire leur consommation d'autres substances, y compris la cocaïne, la marijuana et l'alcool (Hubbard et coll., cités dans NIDA, 1995, 4-15);
- passer moins de temps à vendre des drogues (McGlothlin et Anglin, cités dans NIDA, 1995, 4-8);
- consacrer moins de temps aux activités criminelles (McGlothlin et Anglin; Ball et Ross, cités dans NIDA, 1995, 4-8,4-16,4-17);
- passer moins de temps en prison (McGlothlin et Anglin, cités dans NIDA, 1995, 4-8);

- avoir des taux de décès beaucoup moins élevés que ceux des personnes dépendantes à l'égard des opioïdes mais ne recevant pas de traitement (le taux de décès des personnes non traitées est plus de trois fois plus élevé que celui de celles qui reçoivent le traitement) (National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiates, 1998, 1938);
- réduire leur injection de drogues (Ball et Ross, cités dans NIDA, 1995, 4-22) et les comportements à risque liés aux injections (études passées en revue par Ward et coll., 1998g, 67-68);
- réduire les autres comportements présentant le risque de transmission du VIH et des MTS (Wells et coll., 1996, 519; Longshore et coll., 1994, 754);
- réduire leur risque de contracter une infection au VIH (Metzger et coll., cités dans NIDA, 1995, 4-19, 4-20);
- peut-être réduire leur risque de contracter le VHC (Novick, 2000, 440) ou d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang;
- améliorer leur santé physique et mentale (Lowinson et coll., 1997, 409; Dole, Nyswander et Kreek, cités dans NIDA, 1995, 4-9);
- améliorer leur fonctionnement en société (Gearing et Schweitzer, cités dans Brands et Brands, 1998,2) et accroître leurs chances d'occuper un emploi à temps plein (Simpson et Sells, cités dans NIDA, 1995, 4-18);
- améliorer leur qualité de vie (Dazord et coll., 1998, 235).

Dans le cas des femmes enceintes qui sont dépendantes à l'égard des opioïdes, un traitement d'entretien à la méthadone, combiné à des soins prénatals adéquats, réduit le nombre des complications obstétricales et celles qui affectent le foetus (National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, 1998, 1939). La méthadone protège le foetus contre les niveaux erratiques d'opioïdes et les symptômes de sevrage qui sont courants chez les femmes enceintes dont la dépendance aux opiacés reste sans traitement (Finnegan; Kaltenbach et coll., cités dans NIDA, 1995, 1-32, 1-33).

Le traitement d'entretien à la méthadone obtient des taux de rétention considérablement plus élevés (68 p. 100 après trois mois) que le counseling externe sans méthadone (36 p. 100) ou que les programmes en établissement sans méthadone (45 p. 100) (Hubbard et coll., cités dans Brands et Brands, 1998, 2).

Plus longtemps les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes continuent leur TEM, plus elles ont de chances de continuer à éviter le crime et l'injection de drogues et de réduire leur consommation d'héroïne (Simpson et Sells; Ball et Ross, cités dans NIDA, 1995, 4-11, 4-14).

Dans le cas des praticiens s'occupant de l'administration du traitement, le traitement d'entretien à la méthadone leur fournit des occasions :

- de contribuer un élément important des soins médicaux et de santé publique;
- d'établir des partenariats et des liens avec d'autres fournisseurs de services et d'offrir ainsi aux client(e)s ou patient(e)s une gamme de services et de soutiens;
- d'établir des relations thérapeutiques positives et utiles avec les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes, et apprendre de ces dernières;
- de contribuer à un processus éducatif et thérapeutique susceptible d'aider les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes à acquérir une nouvelle perspective d'eux(elles)-mêmes et de leur consommation de drogues et à apporter des changements dans leurs vies.

Pour l'ensemble de la communauté, les avantages possibles du traitement d'entretien à la méthadone comprennent :

- une réduction de l'activité criminelle liée aux drogues;
- une réduction de la prostitution;
- une quantité moindre de seringues usagées jetées n'importe où.

Pour la société elle-même, le traitement d'entretien à la méthadone peut avoir pour résultat :

- une criminalité réduite;
- une amélioration de la santé publique.

## 3.2 Coûts-avantages possibles du traitement d'entretien à la méthadone

### Coûts-avantages

Étant donné le coût de la dépendance aux opiacés non traitée (voir la section 2.3 ci-dessus - Conséquences de la dépendance aux opiacés), le traitement d'entretien à la méthadone promet d'importants avantages à la société, qui valent beaucoup plus d'argent que son coût. Des études effectuées par le National Institute on Drug Abuse (citées dans Santé Canada, 1999c, 12-13) ont permis de constater que :

- les coûts annuels du traitement d'entretien à la méthadone sont beaucoup moins élevés que ceux de l'usage de l'héroïne sans traitement, de l'incarcération, ou encore des programmes de traitement sans drogues;
- les activités criminelles liées à l'héroïnomanie ont donné lieu à des coûts sociaux quatre fois plus élevés que ceux du traitement d'entretien à la méthadone (Harwood et coll., cités dans NIDA, 1995, 1-47);

- pour chaque dollar consacré au traitement d'entretien à la méthadone, la communauté réalise des économies de l'ordre de 4 à 13 dollars US (résultats de l'étude CALDATA, selon Stoller et Bigelow, 1999, 24).

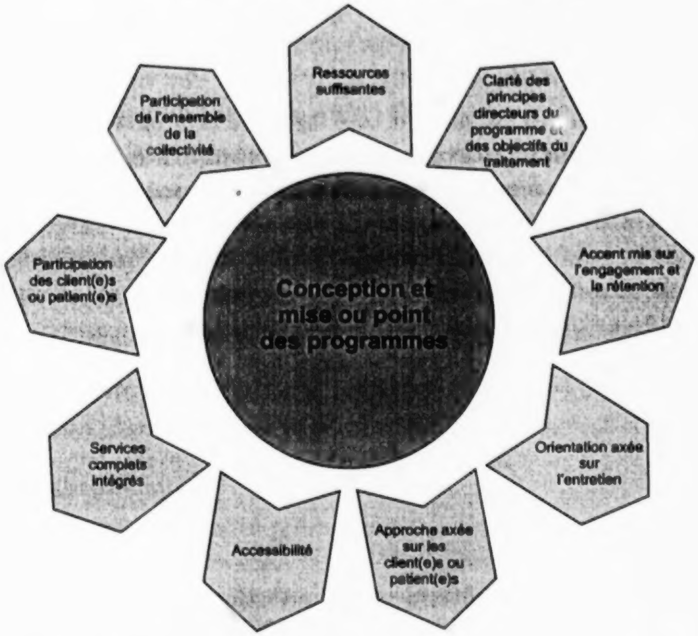
On peut dégager des coûts-avantages comparables au Canada. À Toronto, on a récemment estimé le coût social moyen d'une personne non traitée qui est dépendante à l'égard des opioïdes illicites à 44 600 $ par année (Wall et coll., 2000). Selon une estimation du Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto, il est possible d'administrer un traitement d'entretien à la méthadone pour environ 6 000 $ par année (D. Marsh, communication personnelle, novembre 2000).

### Rentabilité

Il existe certains indices qui suggèrent que, si on le compare aux autres formes de traitement de la dépendance aux opiacés, le traitement d'entretien à la méthadone, avec ses taux de rétention élevés et ses coûts de dispensation plus faibles, est un type de traitement plus économique (Ward et Sutton, 1998, 117). Dans une étude, la comparaison de la rentabilité de l'entretien à la méthadone et de celle des autres modes de traitement a donné un ratio coûts-avantages de 4.4:1(Rufener et coll., cités dans Lowinson et coll., 1997, 410).

# Section 4. Les meilleures pratiques du TEM – conception et mise au point des programmes

Meilleures pratiques du TEM – Conception et mise au point des programmes




## 4.1 Clarté des principes directeurs du programme et des objectifs de traitement

Les principes directeurs du programme sont les principes et les objectifs sur lesquels se fonde le traitement. Une expression claire des principes directeurs est un important point de départ de la mise au point d'un programme de traitement d'entretien à la méthadone efficace et accessible (Ball et Ross, cités dans Lowinson, et coll., 412).

Traditionnellement, les préoccupations sociales dominantes au sujet de l'utilisation de substances et du crime qui s'y rapporte ont exercé une puissante influence sur les buts des programmes de traitement d'entretien à la méthadone et sur les façons d'en concevoir la dispensation.

En pratique, toutefois, la société, les programmes, les praticiens et les client(e)s ou patient(e)s ont souvent des objectifs quelque peu différents, quoique inter-reliés. Par conséquent, leurs définitions du succès peuvent varier considérablement et les buts pourraient évoluer au fur et à mesure de l'avancement du traitement.

Pour les responsables de l'établissement de politiques, le traitement d'entretien à la méthadone devrait atteindre des résultats positifs à long terme pour la société (comme la réduction de la mortalité et de la morbidité causées par la dépendance aux opiacés, la baisse du taux de criminalité et la réduction des coûts sociaux et économiques de la dépendance aux opiacés). Les praticiens pourront mettre l'accent sur des avantages cliniques plus précis, comme une diminution des symptômes de sevrage des opioïdes, la baisse de l'usage des seringues, ou les deux, au cours d'une période de temps précise. À leur tour, les client(e)s ou patient(e)s eux(elles)-mêmes vont peut-être mesurer leur succès en termes quelque peu différents, comme un risque réduit d'infection par le VIH, le VHC ou les autres agents pathogènes véhiculés par le sang, une meilleure vie de famille, la possibilité de trouver et de conserver un emploi, une diminution du risque de se faire enlever leurs enfants par les organismes de protection de l'enfance, ou la possibilité accrue de continuer leur traitement en prison s'ils (si elles) entreprennent leur traitement avant de recevoir leur sentence), et ainsi de suite.

Les programmes devraient examiner et préciser leurs hypothèses de base au sujet de l'abus des intoxicants, de la dépendance aux opiacés et des objectifs du traitement. Les principes directeurs des programmes devraient être clairement expliqués aux client(e)s ou patient(e)s et à tous les autres membres de l'équipe responsable du programme. Les politiques et pratiques particulières du programme doivent être conforme aux principes directeurs généraux. Les buts du programme doivent refléter et respecter les objectifs et les besoins des client(e)s ou patient(e)s (voir la section 4.4 - Approche axée sur les client(e)s ou patient(e)s).

### Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

- Les programmes doivent respecter et protéger la dignité des client(e)s ou patient(e)s.
- Les programmes doivent habiliter les client(e)s ou patient(e)s.
- Il ne doit pas y avoir de « messages contradictoires », ce qui veut dire que tous les membres de l'équipe responsable du programme doivent se conformer à l'orientation axée sur l'entretien.
- Les client(e)s ou patient(e)s doivent être capables d'exprimer honnêtement leurs raisons d'entreprendre, de poursuivre ou d'abandonner le traitement, plutôt qu'être obligé(e)s de donner les « bonnes réponses » pour se conformer à des exigences arbitraires du programme.

## 4.2 Accent mis sur l'engagement et la rétention

Un engagement solide à poursuivre le traitement a une importance capitale. Lorsque l'occasion se présente, les programmes doivent mettre l'accent sur l'obtention dans le délai le plus court possible d'un engagement à persévérer dans leur traitement de la part des personnes dépendantes à l'égard des opioïdes (voir également la section 4.5 - Accessibilité, et la section 4.6.7 - Service d'approche et intervention).

On appuie de plus en plus sur l'importance de répondre aux besoins de chaque client(e) ou patient(e) (NIDA, 1995, 1-38). S'y rattache la reconnaissance du fait que la rétention est essentielle. Si les client(e)s ou patient(e)s ne continuent pas leur traitement, ils(elles) ont peu de chances d'en retirer les avantages possibles. La rétention est également importante à long terme, étant donné qu'il existe une association positive entre la longueur du traitement et l'obtention d'autres résultats positifs (Ball et Ross, cités dans Lowinson et coll., 1997, 410), tout particulièrement un usage moins élevé des autres opioïdes et la réduction de l'activité criminelle (Simpson; Simpson et Sells; Hubbard et coll., Bell et coll., cités dans Ward et coll., 1998b, 330).

## 4.3 Orientation axée sur l'entretien

On a déjà observé que les programmes d'entretien à la méthadone doivent mettre l'accent sur la réduction des méfaits des drogues en parvenant à retenir les client(e)s ou patient(e)s. Les preuves recueillies indiquent que des principes directeurs axés sur un entretien à long terme augmentent la possibilité de retenir les client(e)s ou patient(e)s (Caplehorn et coll., McGlothlin et Anglin, cités dans Ward et coll., 1998b, 324).

Plutôt que de mettre l'accent sur l'abstinence de toutes les drogues, y compris l'abandon graduel de la méthadone après un certain temps, comme étant le but premier du traitement, les programmes d'entretien à la méthadone devraient appuyer sur l'entretien des client(e)s ou patient(e)s au moyen de la méthadone aussi longtemps qu'ils (elles) continuent à retirer des avantages de leur traitement. Alors que certain(e)s client(e)s ou patient(e)s pourraient avoir l'intention de parvenir à réduire leur consommation ou à s'abstenir totalement de l'usage des drogues et que d'autres désirent abandonner graduellement la méthadone elle-même, ces résultats ne devraient pas faire l'objet de l'attention exclusive des programmes ou des praticiens, surtout pendant les étapes initiales du traitement (Ball et Ross, cités dans Lowinson, et coll., 1997, 407).

## 4.4 Approche axée sur les client(e)s ou patient(e)s

Les travaux de recherche passés en revue par le National Institute on Drug Abuse ont démontré l'existence de liens entre la définition et la satisfaction des besoins des client(e)s ou patient(e)s et l'obtention de meilleurs résultats (NIDA, 1995, 1-38).

Une définition plus large de l'expression « axée sur les client(e)s ou patient(e)s » pourrait également comprendre :

- l'accessibilité (voir la section 4.5 - Accessibilité);
- les services d'approche et le recrutement actif de client(e)s ou patient(e)s (voir la section 4.6.7 - Service d'approche et intervention);
- la reconnaissance et l'acceptation du fait que chaque personne dépendante à l'égard des opioïdes qui entreprend un traitement le fait avec des expériences, des attentes et des besoins extrêmement variés;
- la reconnaissance des conséquences de la marginalisation en mettant l'accent sur l'habilitation;
- le respect de la dignité des client(e)s ou patient(e)s;
- le respect des choix des client(e)s ou patient(e)s, en particulier ceux qui concernent leurs objectifs lorsqu'il s'agit de leur traitement;
- l'encouragement et la facilitation de la participation des client(e)s ou patient(e)s à la prise de décisions au niveau personnel et à celui du programme (voir la section 4.7 - Participation des client(e)s ou patient(e)s);
- l'encouragement d'une approche axée sur la collaboration et l'établissement de relations entre les client(e)s ou patient(e)s et les membres de l'équipe responsable du programme (voir la section 6.4 - Établissement de relations et soutien);
- l'adaptation du traitement de façon à répondre aux besoins des client(e)s ou patient(e)s; il faut consulter les client(e)s ou patient(e)s à toutes les étapes du traitement;
- le respect du contexte unique de la vie de chaque client(e) ou patient(e) : ses relations inter-personnelles, sa famille, ses obligations et responsabilités, ainsi que la reconnaissance et des efforts visant à minimiser l'impact que le traitement pourrait exercer sur la capacité des client(e)s ou patient(e)s de s'occuper de leurs enfants ou des autres personnes qui dépendent d'eux(elles), de gagner leur vie et d'entretenir des relations saines avec leurs parent(e)s et ami(e)s (voir la section 4.5 - Accessibilité);
- des efforts pour n'exclure personne et pour répondre aux besoins de différents groupes de client(s)s ou patient(e)s (voir la section 7.0 - Les meilleures pratiques du TEM - Répondre aux besoins de groupes particuliers).

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

☞ Des programmes de traitement individualisés peuvent constituer un bon point de départ de traitements axés sur les client(e)s ou patient(e)s. Un programme de traitement peut établir le niveau et la portée des services nécessaires, préciser la participation de tous les membres de l'équipe et indiquer les liens nécessaires avec d'autres services et soutiens.

## 4.5 Accessibilité

De nombreuses personnes dépendantes à l'égard des opioïdes ont été rejetées en marge de la société. Leur accès au traitement est rendu difficile par de nombreux obstacles au niveau de la société, des systèmes, des programmes et de leur propre attitude. (Voir la section 2.8 - Accès accru au traitement d'entretien à la méthadone au Canada : Surmonter les obstacles.) Au niveau de la mise au point et de la conception des programmes, de nombreux facteurs sont susceptibles d'accroître l'accessibilité du traitement pour tou(te)s les client(e)s ou patient(e)s, notamment :

- des politiques de programme axées sur les client(e)s ou patient(e)s (voir la section 5.0), c'est-à-dire voir à ce que les client(e)s ou patient(e)s qui se présentent pour recevoir le traitement soient évalué(e)s et, selon le cas, reçoivent leur traitement le plus rapidement possible[14], avec des périodes d'attente aussi courtes que possible, tout en respectant les règles d'une bonne pratique;
- des heures de fonctionnement souples : les établissements devraient être ouverts à des heures appropriées, par exemple tôt le matin pour les gens qui occupent des emplois, et ainsi de suite;
- un coût abordable[15] (de la méthadone, du counseling, ou encore des déplacements nécessaires pour recevoir le traitement); le coût de l'accès au traitement et de sa continuation devrait être conforme à la capacité de payer des client(e)s ou patient(e)s;
- la disponibilité d'autres formes de soutien pratique, comme une garderie, des cartes d'abonnement d'autobus, des aliments, des vêtements et autres, qui auront une incidence sur l'accessibilité du traitement pour les client(e)s ou patient(e)s;

---

14 On associe l'accès rapide au traitement au taux de rétention (Bell et coll., Woody et coll., Maddux et coll., cités dans Ward et coll., 1998b, 326). (Voir également la section 5.1 - Critères d'admissibilité ouverts, et la section 5.2, Évaluation dans des délais raisonnables.)

15 Aux États-Unis, on a trouvé que les frais à verser pour recevoir le traitement exercent un effet négatif sur la rétention (Maddux et coll., cités dans NIDA, 1995, I-39).

- le lieu de fonctionnement du programme : on peut offrir les programmes dans divers milieux, mais le choix de l'endroit devrait en faciliter l'accès, et, dans une situation idéale, il devrait y avoir le plus grand nombre possible de points d'accès. Dans les diverses régions du monde, la gamme des emplacements possibles peut comprendre des hôpitaux, des cliniques communautaires, des agences de service social, des cabinets de médecins, des pharmacies, des unités mobiles (comme des fourgonnettes) et des établissements correctionnels (voir la section 2.9 - Quelle est la situation actuelle ? Distribution du traitement d'entretien à la méthadone au Canada et à l'étranger);
- la transférabilité du programme : les client(e)s ou patient(e)s devraient être capables de déménager, à l'intérieur de leur communauté ou à l'extérieur, sans perdre leur accès au traitement.

On trouvera dans la section 7.0 - Les meilleures pratiques du TEM - Répondre aux besoins de groupes particuliers, des renseignements additionnels sur les moyens d'accroître l'accessibilité pour des groupes particuliers de client(e)s ou patient(e)s.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- On doit accorder plus d'importance à l'acceptabilité du programme pour les client(e)s ou patient(e)s plutôt qu'à son accessibilité.

## 4.6 Services complets intégrés

Les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes pourraient avoir besoin d'accéder à toute une gamme de services et de soutiens, en plus de la méthadone, afin de réduire leur usage des autres opioïdes et d'améliorer leur qualité de vie. On associe l'existence de services complets intégrés à l'obtention de meilleurs résultats[16].

Des services complets intégrés aident à assurer la continuité du traitement en établissant des liens efficaces entre les client(e)s ou patient(e)s et la gamme des services et des soutiens dont chacun(e) d'entre eux(elles) a besoin, reconnaissant de cette façon que tou(te)s les client(e)s ou patient(e)s n'auront pas besoin du même niveau de services et de soutiens. Les programmes devraient adopter une approche personnalisée, selon laquelle l'intensité des services et des soutiens variera selon les besoins et les choix individuels et les progrès réalisés pendant le traitement.

---

16 Selon les travaux de recherche passés en revue par le NIDA (1995, 4-29), deux des caractéristiques des programmes qu'on associe au succès du traitement sont « la fourniture de services complets » et « l'intégration des services médicaux, du counseling et des services administratifs ».

On associe les services complets à l'obtention de meilleurs résultats à la suite du traitement[17] : plus le niveau et l'intensité des services auxiliaires sont élevés, meilleurs sont les résultats (Strain et coll., cités dans Strain, 1999b, 1000)[18]. On peut assurer des services complets et intégrés de diverses façons.

**« L'intégration »**

L'intégration pourrait être nécessaire à différents niveaux, par exemple :

- d'un secteur de compétence à l'autre : un système intégré de traitement d'entretien à la méthadone exigerait une collaboration multipartite entre divers intervenants;
- à l'intérieur des communautés : un traitement intégré d'entretien à la méthadone pourrait exiger l'établissement de liens entre praticiens et lieux de traitement divers, par exemple, entre les médecins en pratique privée et les agences locales ou régionales de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, ainsi que la facilitation de relations entre les programmes de traitement d'entretien à la méthadone et les autres services disponibles dans la communauté, au moyen, par exemple, des mécanismes d'aiguillage et de partage de l'information;
- à l'intérieur des agences ou des programmes : il pourrait être nécessaire d'intégrer les programmes de traitement d'entretien à la méthadone à d'autres programmes assurés par un service de traitement d'usage de substances, afin de réduire l'isolement et le statut « spécial » du traitement d'entretien à la méthadone à l'intérieur du domaine de la lutte contre les toxicomanies. De plus, les aspects fondamentaux du traitement d'entretien à la méthadone, c'est-à-dire la prescription, l'administration et la surveillance, pourraient devoir être intégrés à une gamme d'autres services et soutiens (médicaux, counseling, administratifs) à l'intérieur d'un seul lieu de traitement.

**« Services complets »**

Les services « complets » supposent une approche globale permettant de répondre aux besoins des client(e)s ou patient(e)s en assurant la gamme complète des services et soutiens disponibles, soit sur place, soit au moyen de réseaux efficaces d'aiguillage et de dispensation de services. On peut utiliser diverses façons de fournir des services complets, selon le lieu où le traitement est dispensé et les ressources disponibles, et il faudra souvent établir une collaboration faisant appel aux contributions d'une vaste gamme d'intervenants, qui deviendront un stimulant clé de l'élaboration et de la mise en oeuvre du programme (voir la section 4.8 -

17 Cela ne signifie pas que les programmes à services limités ne soient pas efficaces.

18 Selon le NIDA (1995, 1-43, citant McLellan et coll.) : « Après 24 semaines, la méthadone seule n'avait apporté qu'un minimum d'améliorations, la méthadone accompagnée de counseling avait permis d'importantes améliorations, et les services élargis d'administration de la méthadone, comprenant une vaste gamme de services psychologiques accompagnés de méthadone, avaient obtenu de loin les meilleurs résultats ».

Participation de l'ensemble de la collectivité). Que les services soient assurés sur place ou grâce à de solides relations avec d'autres fournisseurs, la suite continue du traitement comprendra les éléments clés suivants :

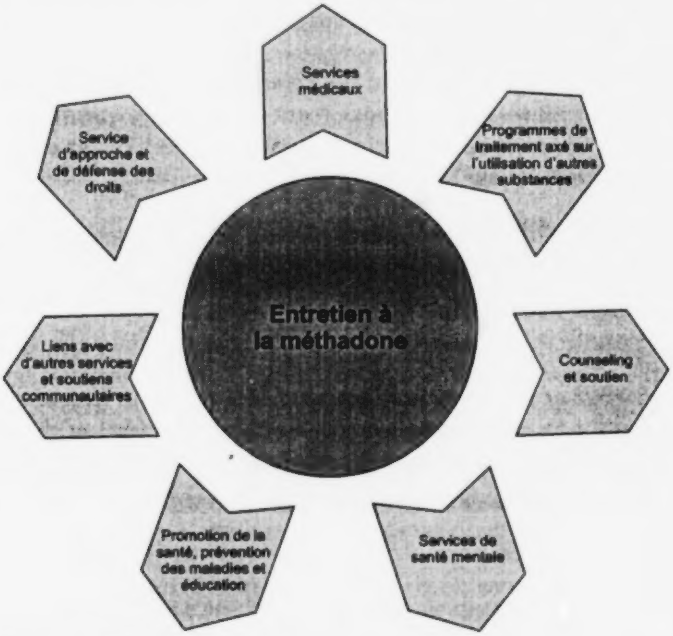
- des soins médicaux (y compris un degré suffisant d'évaluation, de surveillance, de traitement et de soutien se rapportant à une vaste gamme d'états de comorbidité, y compris les infections par le VIH, le VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang);
- le traitement de l'utilisation d'autres substances;
- le counseling et le soutien;
- des services de santé mentale;
- la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'éducation;
- d'autres services et soutiens communautaires, comme les services sociaux, les services à l'enfance, aux jeunes et aux familles, les services du système juridique et pénal, l'éducation, l'emploi et les autres ressources communautaires;
- des services d'approche et d'intervention.

Les personnes susceptibles de participer à la présentation d'une approche globale comprennent une vaste gamme de praticiens de nombreuses disciplines différentes (voir la section 6.1 - Équipe multidisciplinaire). Le rôle particulier de chaque membre de l'équipe variera en fonction de facteurs tels que le niveau et le type de formation et d'expérience professionnelles, ainsi que les différences de conception et de présentation des programmes. Selon le type de programme, l'endroit, les ressources disponibles et d'autres facteurs, les professionnels pourront jouer un certain nombre de rôles variés et différents.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- La continuité du traitement est une question clé, c'est-à-dire que le personnel des hôpitaux a besoin de savoir comment s'occuper des personnes admises à l'hôpital et qui ont besoin de continuer à prendre la méthadone pendant qu'elles se désintoxiquent d'autres drogues ou reçoivent d'autres traitements.
- Il faut que les urgentologues connaissent bien le traitement d'entretien à la méthadone.
- Il faut que les professionnels comprennent l'importance de bien contrôler la douleur chez les personnes recevant un traitement d'entretien à la méthadone.
- Le système d'aiguillage doit être efficace, sinon les client(e)s ou patient(e)s vont s'y perdre et ne recevront pas les services dont ils(elles) auront besoin.

## Éléments clés d'une façon globale d'aborder le TEM




### 4.6.1 Les services médicaux

Les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes se trouvent souvent dans des états de comorbidité et ont des besoins non satisfaits en matière de traitements médicaux. Parmi les troubles médicaux dont il faudrait vérifier l'existence chez les client(e)s ou patient(e)s, mentionnons :

- des infections de la peau et des tissus mous causées par les méthodes d'injection sans stérilisation;
- des complications cardiaques comme l'endocardite;
- des infections par le VIH, le VHC ou d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang;
- des complications pulmonaires, rénales, immunologiques ou neurologiques;
- les conséquences de la violence familiale sur la santé;
- la perforation de la cloison nasale;
- la douleur chronique ou intense[19].

19 Pour trouver plus d'informations au sujet des états de comorbidité médicale, veuillez consulter Fingerhood (1999).

Certains troubles pourraient exiger un traitement médical spécialisé. Par exemple, l'évaluation appropriée, la surveillance, le traitement et le soutien des personnes infectées par le VIH, le VHC ou d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang constituent un élément clé du traitement médical.

Assurer un traitement médical adéquat des client(e)s ou patient(e)s comprend l'utilisation appropriée de médicaments susceptibles d'interagir avec la méthadone[20].

On trouvera dans la section 7.0 - Les meilleures pratiques du TEM - Répondre aux besoins de groupes particuliers, des informations plus élaborées sur les besoins médicaux de certains groupes.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- ☞ Il est possible que les client(e)s ou patient(e)s n'aient pas de médecin de famille et essaient d'obtenir une aide médicale auprès des salles d'urgence, qui ne sont pas équipées pour assurer des soins appropriés.
- ☞ Les programmes d'entretien à la méthadone devraient être intégrés à un système complet de soins de santé, plutôt que placés dans un compartiment à part.
- ☞ On devrait orienter les client(e)s ou patient(e)s vers des praticiens qui possèdent l'expérience nécessaire pour traiter les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes et qui ont en même temps d'autres besoins médicaux.

### 4.6.2 Autres programmes de traitement d'utilisation des substances

Les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes pourraient aussi l'être à l'égard d'autres substances. L'accès à des programmes efficaces de traitement de l'utilisation d'autres substances (en plus du traitement d'entretien à la méthadone) est essentiel. Les programmes de traitement d'entretien à la méthadone ont besoin d'être en relation avec des programmes de traitement de l'utilisation d'autres substances qui font usage de meilleures pratiques reconnues[21].

---

20 Nous encourageons les lecteurs à consulter Brands et Janecek (2000), qui contient un chapitre détaillé sur les interactions médicamenteuses. Ces auteurs (Brands et Janecek, 2000, 99) observent : « Il n'est pas nécessaire que le risque d'intéractions empêche d'utiliser tous les médicaments susceptibles d'interagir avec la méthadone, sauf dans le cas de ceux qui sont contre-indiqués. Toutefois, il faut observer les patient(e)s plus étroitement et il pourrait être nécessaire d'ajuster les doses en conséquence. » Voir également Gourevitch et Friedland (2000), contenant un article détaillé sur l'intéraction entre la méthadone et les médicaments utilisés pour traiter les infections au VIH.

21 On trouvera une information plus complète au sujet des modes efficaces de traitement de l'utilisation de substances dans Santé Canada (1999a).

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

☞ Améliorer la formation des médecins en matière de traitement des dépendances.

### 4.6.3 Counseling et soutien

Il existe des preuves que le counseling accroît l'efficacité des programmes de traitement d'entretien à la méthadone[22]. Sur le terrain, le terme « counseling » recouvre toute une gamme d'activités, notamment :

- l'intervention en cas de crise;
- la gestion des cas, y compris les aiguillages vers d'autres agences et les liaisons avec ces dernières;
- un counseling individuel de personne à personne;
- le counseling en groupe;
- le counseling de couples ou familial;
- le counseling en orientation professionnelle;
- le counseling en matière d'abus des intoxicants;
- un counseling précédant et suivant les tests de dépistage du VIH et le counseling se rapportant à d'autres troubles médicaux;
- les programmes d'éducation sanitaire et autres;
- de brefs contacts de soutien;
- un soutien intensif à long terme[23].

Lorsqu'ils(elles) sont prêt(e)s à le faire, les client(e)s ou patient(e)s doivent avoir accès à des modes de counseling qui ont fait leurs preuves afin d'examiner les questions qui les préoccupent.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

☞ Le counseling devrait se faire selon les besoins au lieu d'être obligatoire.

22 Selon une étude de McLellan et coll. (telle que décrite dans NIDA, 1995, 4-30), on a réparti des patient(e)s entre trois types de programmes de traitement : la méthadone sans counseling, la méthadone accompagnée de counseling, et la méthadone accompagnée de counseling et d'autres traitements psychosociaux. Les patient(e)s recevant les services les plus complets avaient le taux le plus élevé de résultats négatifs dans les tests de dépistage toxicologique des opioïdes par analyse d'urine effectués après 24 semaines.

23 Pour une discussion du counseling, consulter Mattick, Ward et Hall (1998).

#### 4.6.4 Services de santé mentale

Au besoin, les client(e)s ou patient(e)s devraient avoir accès à des services de santé mentale. On trouvera une information plus détaillée sur les besoins des client(e)s ou patient(e)s affecté(e)s en même temps de troubles mentaux dans la section 7.11 - Le TEM et les personnes atteintes de troubles mentaux.

#### 4.6.5 Promotion de la santé, prévention des maladies et éducation

Les programmes de traitement d'entretien à la méthadone sont un instrument important pour réduire le risque de transmission du VIH, et peut-être même le risque de transmission du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang, en faisant baisser l'usage des drogues injectables. Ces programmes offrent aussi l'occasion d'appliquer d'autres mesures de prévention, y compris le dépistage, le counseling, l'information et l'éducation en matière de transmission du VIH, du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang, ainsi que des efforts de prévention des maladies transmises sexuellement. On devrait aussi intégrer aux programmes de traitement d'entretien à la méthadone d'autres aspects de la promotion de la santé, y compris des programmes de nutrition et de mieux-être.

#### 4.6.6 Liens avec d'autres services et soutiens communautaires

Les programmes d'entretien à la méthadone devraient soit offrir, soit entretenir, des relations directes avec divers autres services et soutiens dont pourrait avoir besoin un(e) client(e) ou patient(e). Ces autres services, ou services auxiliaires[24], comprennent ceux qui ne sont pas habituellement assurés par des professionnels ou des programmes de soins de santé, et parfois ne sont même pas assurés par les programmes de traitement des abus d'intoxicants. Mentionnons entre autres :

- des services sociaux (bien-être, logement, transport, garderie, formation);
- des services à l'enfance, aux jeunes et aux familles (protection de l'enfance, soin des enfants, services à la jeunesse, soutien aux parents);
- l'aide juridique (services aux victimes, police, libérations conditionnelles, liberté surveillée, aide juridique, procureurs de la Couronne, services correctionnels, groupes de soutien des contrevenants comme la Société Elizabeth Fry, la Société John Howard et autres);
- des programmes d'enseignement (alphabétisation, rattrapage scolaire);
- des programmes liés à l'emploi (apprentissage et formation professionnelle, services et programmes de placement, programmes d'aide à l'emploi);

24 Les définitions des services auxiliaires varient selon les travaux de recherche, mais Ward et coll. (1998b, 324) utilisent ce terme pour décrire les « services assurés par les programmes d'entretien à la méthadone, autres que l'administration de la méthadone », comme les traitements médicaux, le counseling et la formation professionnelle. Dans le présent document, les services médicaux et le counseling sont décrits séparément.

- d'autres ressources communautaires comme l'échange de seringues, les asiles de nuit, les banques alimentaires, les organismes spirituels, les organismes ethnoculturels, les Centres d'amitié, les services de loisirs, les groupes consultatifs communautaires.

Dans le but d'établir des liaisons efficaces avec les autres ressources communautaires, les programmes devraient entretenir des relations et mettre au point des mécanismes de communication avec une gamme d'autres agences et établissements communautaires. (Voir également la section 4.8 - Participation de l'ensemble de la collectivité.)

L'établissement de ces liens est un aspect d'importance capitale de la continuité du traitement des client(e)s ou patient(e)s. On peut ainsi empêcher les client(e)s ou patient(e)s de se perdre dans les dédales administratifs.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

☞ Les médecins ont besoin d'une liste des ressources communautaires disponibles.

### 4.6.7 Service d'approche et intervention

L'approche est un aspect particulièrement important du traitement d'entretien à la méthadone, étant donné le degré de marginalisation dont souffrent de nombreuses personnes dépendantes à l'égard des opioïdes. Dans le but d'accroître l'accès au traitement, les programmes devraient étudier des mesures proactives leur permettant de rejoindre les client(e)s ou patient(e)s possibles qui ont peu de chances de demander le traitement sans aide ou encouragement. L'approche est un domaine dans lequel les stratégies et les liens axés sur les pairs et les partenariats avec les agences qui travaillent aux premières lignes ou directement dans la rue sont particulièrement importants.

L'intervention est un autre secteur clé. L'intervenant au nom des client(e)s ou patient(e)s fournira entre autres à ces derniers(ières) des informations au sujet du programme, ainsi que de leurs droits et responsabilités, en plus d'intervenir en leur nom pour les aider à obtenir les services et les soutiens dont ils(elles) auront besoin. (Voir aussi la section 4.7 - Participation des client(e)s ou patient(e)s et la section 6.10 - Collecte et partage de l'information.)

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- Les travailleurs(euses) sur le terrain peuvent approcher les personnes peu susceptibles d'avoir accès aux établissements de services médicaux ou de traitement d'utilisation de substances et les emmener dans les programmes à seuil bas.
- Il est nécessaire de bien renseigner les gens sur ce qui peut les attendre. Ils(elles) ont besoin de savoir que, même s'ils(si elles) ont déjà essayé le TEM sans succès, ils(elles) peuvent et devraient essayer de nouveau. Ils(elles) doivent savoir que leur rechute pourrait avoir été causée par un problème venant du programme lui-même plutôt que de leur faiblesse personnelle. Ils(elles) ont besoin de savoir qu'ils(elles) ont des choix.

## 4.7 Participation des client(e)s ou patient(e)s

Les contributions des client(e)s ou patient(e)s eux(elles)-mêmes sont un élément clé de l'élaboration et de la mise en oeuvre des programmes. Les programmes doivent valoriser, rechercher, encourager et appuyer la participation des client(e)s ou patient(e)s. Parmi les nombreux mécanismes différents pouvant être utilisés pour solliciter et appuyer la contribution des client(e)s ou patient(e)s, mentionnons :

- la participation des client(e)s ou patient(e)s au sein des conseils consultatifs communautaires;
- la participation des client(e)s ou patient(e)s au sein des organismes de prise de décision comme les comités directeurs;
- la participation des client(e)s ou patient(e)s au recrutement des membres de l'équipe responsable du programme et à l'évaluation du programme;
- des mécanismes de retours d'information de la part des client(e)s ou patient(e)s, comme des boîtes de suggestions, des sondages et des groupes de discussion;
- l'établissement de programmes de services d'approche;
- l'établissement d'un counseling et du soutien par les pairs (par exemple, pour l'information au sujet des droits des client(e)s ou patient(e)s, l'alphabétisation, les repas);
- la possibilité pour les client(e)s ou patient(e)s de devenir des conseillers(ères) qualifié(e)s;

➢ la possibilité pour les client(e)s ou patient(e)s de jouer un rôle d'intervenant(e)s qui peuvent :

- fournir de l'information aux autres client(e)s ou patient(e)s au sujet du programme, ainsi que de leurs droits et responsabilités;
- aider les autres client(e)s ou patient(e)s à obtenir les services et soutiens dont ils(elles) ont besoin (gestion des cas);
- proposer aux client(e)s ou patient(e)s des groupes d'entraide par les pairs ou les diriger vers ces groupes;
- assurer un service d'approche.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

☞ Les stratégies et mécanismes qui ont été utilisés pour faciliter la participation des client(e)s ou patient(e)s dans le domaine du VIH ou du SIDA et celui du cancer du sein peuvent servir de bons modèles.

☞ On a besoin d'appuyer les groupes d'intervention axés sur les pairs (aux niveaux local, provincial, national).

☞ Des groupes axés sur les pairs peuvent assurer des services; une partie des fonds consacrés au financement du traitement pourrait être attribuée à ces groupes afin qu'ils organisent des relations sociales (un endroit où se rendre), des services d'intervention, d'éducation, d'aide à la recherche d'emploi et autres.

☞ Un(e) intervenant(e) au nom des client(e)s ou patient(e)s devrait avoir un titre et un téléphone, et dans une situation idéale, devrait être un agent parajuridique.

☞ Les programmes devraient aménager de l'espace afin de permettre aux client(e)s ou patient(e)s de se rencontrer.

## 4.8 Participation de l'ensemble de la collectivité

La participation communautaire à la mise au point, à la conception et à la mise en oeuvre des programmes est souvent un facteur clé de l'établissement de services complets intégrés. Des mécanismes tels que les conseils consultatifs communautaires peuvent accroître le sentiment d'une prise en charge communautaire. Ces conseils peuvent jouer un certain nombre de rôles utiles, comme :

➢ établir les besoins en matière de services à fournir (actuels et futurs);

➢ faciliter la consultation, le partage d'information et les communications avec le grand public en ce qui concerne la nécessité du programme, ses buts, son mode de fonctionnement et les avantages qu'il pourrait offrir;

➢ répondre aux préoccupations et calmer les craintes du public;

- fournir aux membres de la communauté des occasions d'apprendre à connaître et d'appuyer le programme;
- entretenir des liaisons avec les médias;
- intervenir auprès des responsables de l'établissement des politiques et des organismes de financement afin d'obtenir de meilleurs services pour les client(e)s ou patient(e)s;
- recruter des praticiens;
- créer des occasions pour les partenaires communautaires de discuter et de résoudre les problèmes;
- mettre de l'avant des approches globales en matière d'administration du traitement, y compris la formation de réseaux permettant l'aiguillage des client(e)s ou patient(e)s et des mesures pour accroître la coordination et la facilitation;
- établir des protocoles, ententes et marchés de services interorganisations;
- lever de fonds;
- assurer la formation de partenaires communautaires;
- chercher des possibilités d'emploi et d'autres ressources pour les client(e)s ou patient(e)s;
- servir de mécanisme de retours d'information de la part de la communauté.

Parmi les personnes susceptibles de s'engager, mentionnons :

- des membres de l'ensemble de la communauté;
- des client(e)s ou patient(e)s;
- des intervenants communautaires particuliers comme la police, les entreprises, les agences, les asiles de nuit, les organismes spirituels et culturels, les groupes d'aide sociale, les établissements d'enseignement, les municipalités et autres.

### Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

- Les groupes consultatifs devraient fonctionner au niveau communautaire aussi bien que provincial.
- Les groupes consultatifs pourraient tirer avantage d'un élément éducatif comme des ateliers, des séances de questions sur le TEM et autres.
- Les partenariats ne sont pas exempts de défis : il est nécessaire de surmonter les différences d'opinions quant aux principes directeurs.
- Les groupes consultatifs ont besoin de la participation des intervenants appropriés, c'est-à-dire des personnes qui vont partager ce qu'elles ont appris avec leurs collègues et leurs pairs.
- Les client(e)s ou patient(e)s ont besoin d'être soutenus pour apporter leur contribution; ils(elles) ont besoin de savoir qu'on va les écouter.

## 4.9 Ressources suffisantes

Pour accroître l'accès aux traitements d'entretien à la méthadone, il faut des ressources suffisantes. Le coût de réalisation des programmes dépend du système de mise en oeuvre choisi, ainsi que de facteurs tels que la dispensation des services à l'intérieur ou sur place ou l'ampleur des liens avec les autres services disponibles dans la communauté. Les personnes s'occupant de la conception et de la mise au point des programmes devraient examiner les questions suivantes :

- Quelle est l'ampleur de la dépendance aux opiacés dans la communauté et quels genres de programmes sont nécessaires ?
- Quelle est l'affectation actuelle de ressources aux programmes existants de traitement des abus d'intoxicants, et pourrait-il s'avérer nécessaire de modifier les priorités et de réaffecter des ressources aux programmes de TEM ?
- Quelles sont les économies que rendront possibles les programmes de TEM (et quels sont les meilleurs moyens de réinvestir ces économies) ?
- Quelles sont les stratégies les plus rentables d'exécution des programmes ?

### Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

- Il pourrait y avoir un partage de services non financiers entre agences.
- Il Pourrait y avoir un partage de services de counseling entre agences.
- Il pourrait être utile de présenter une formation multidisciplinaire interne.
- Il pourrait être utile de mettre au point une formation intersectorielle, par exemple, de fournisseurs de services de santé mentale et de traitement de l'utilisation des substances.
- Il pourrait être utile de favoriser des stages de fournisseurs de traitements aux toxicomanes dans les services de santé mentale, et vice-versa.

## Partenaires possibles d'une approche globale en matière de TEM

| Entretien à la méthadone | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Médicaux | Traitement de l'utilisation d'autres substances | Counseling et soutien | Santé mental | Promotion de la santé, prévention des maladies et éducation | Services sociaux | Services à l'enfance, à la jeunesse et aux familles | Services juridiques et judiciaires | Éducation | Emploi | Ressources | Service d'approche et intervention |
| • services hospitaliers;<br>• salles d'urgence;<br>• soins primaires;<br>• contrôle de la douleur;<br>• traitement du VIIC;<br>• traitement du VIH;<br>• obstétrique;<br>• délivrance de médicaments par les pharmaciens;<br>• travaux en laboratoire. | • contrôle du sevrage (désintoxication);<br>• services internes ou externes;<br>• services en établissement;<br>• soutien mutuel;<br>• intervention ou ombudsman. | • individuel;<br>• en groupe;<br>• femmes ou survivant(e)s;<br>• couple<br>• famille. | • psychiatres;<br>• psychologues;<br>• programmes communautaires de santé mentale. | • santé publique;<br>• centres de santé communautaire;<br>• nutrition<br>• prévention du VIH;<br>• prévention du VIIC. | • assistance sociale;<br>• logement;<br>• transports;<br>• aide au soin des enfants;<br>• formation. | • bien-être de l'enfance;<br>• soins aux enfants;<br>• services à la jeunesse;<br>• soutien aux parents. | • services aux victimes;<br>• police;<br>• libérations conditionnelles;<br>• liberté surveillée;<br>• services juridiques;<br>• procureurs;<br>• services correctionnels. | • alphabélisation;<br>• programmes scolaires;<br>• aptitudes à la vie quotidienne;<br>• formation professionnelle;<br>• grand public. | • apprentissage et formation professionnelle;<br>• services et programmes d'aide à l'emploi;<br>• aide au employés. | • échange de seringues;<br>• asiles de nuit;<br>• banques alimentaires;<br>• organismes spirtuels et ethnoculturels;<br>• loisirs;<br>• groupes consultatifs communautaires<br>• groupes d'aide sociale;<br>• secteur privé;<br>• services aux femmes;<br>• Centres d'amité. | • travailleurs sur le terrain;<br>• services axés sur les pairs. |

# Section 5. Les meilleures pratiques du TEM – politiques des programmes

On a établi un lien entre la clarté des politiques des programmes et un meilleur taux de maintien en traitement (Ball et Ross, cités dans Lowinson et coll., 1997, 412). Les règles des programmes doivent être communiquées clairement aux client(e)s ou patient(e)s et appliquées de façon uniforme. Les politiques des programmes, ainsi que les messages sous-jacents qu'elles transmettent, doivent être conformes à une orientation du traitement axée sur l'entretien et favoriser une approche axée sur les client(e)s ou patient(e)s, sur l'élimination des obstacles et sur la réduction des méfaits des drogues. Les sections ci-dessous résument d'importants facteurs pouvant s'appliquer à quelques-un des principaux aspects des politiques des programmes, notamment :

- des critères d'admissibilité ouverts;
- une évaluation faite dans des délais raisonnables;
- un dosage individualisé suffisant;
- le dosage de la méthadone pendant la grossesse;
- la durée illimitée du traitement;
- des critères clairs d'interruption du traitement;
- une façon non punitive de considérer la consommation de drogues pendant le traitement;
- un sevrage graduel axé sur les client(e)s ou patient(e)s.

## 5.1 Critères d'admissibilité ouverts

Étant donné les nombreux avantages possibles du traitement d'entretien à la méthadone, ainsi que les coûts personnels et sociaux de l'absence de traitement[25], les politiques des programmes devraient encourager et faciliter l'admission au traitement. Les critères d'admissibilité devraient être aussi ouverts que possible, en tenant compte des ressources disponibles, et permettre un accès rapide au traitement d'entretien à la méthadone. Dans une situation idéale, toutes les personnes susceptibles de profiter des avantages personnels et sociaux du traitement de la dépendance aux opiacés devraient être admissibles.

---

25 Selon l'étude de Bell et coll. (citée dans Ward, Mattick et Hall, 1998a, 193), la principale conséquence du refus d'admettre une personne au traitement est un délai de 16 mois avant le début de son traitement et son exposition en attendant au risque d'emprisonnement et de décès.

Les programmes doivent établir qu'une personne est physiquement dépendante à l'égard des opioïdes avant d'entreprendre le traitement d'entretien à la méthadone. Par exemple, au Canada, l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone est généralement reconnue pour le traitement des personnes dont l'état est conforme aux critères du DSM-IV pour la dépendance aux opiacés. À l'intérieur des différents secteurs de compétence et des divers programmes du Canada, d'autres critères variés peuvent s'appliquer, se rapportant par exemple à l'âge d'admissibilité.

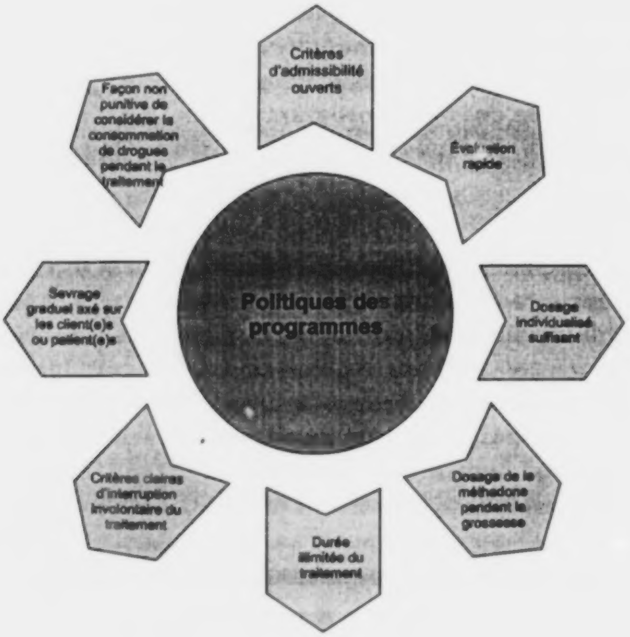
### Consentement éclairé

Conformément aux normes de l'éthique de la pratique de la médecine, les client(e)s ou patient(e)s doivent être avisé(e)s de l'existence des autres choix de traitement qui leur sont disponibles. Ils(elles) doivent également être renseigné(e)s sur les conséquences, ainsi que les risques possibles, du traitement d'entretien à la méthadone et les praticiens devraient s'assurer que les client(e)s ou patient(e)s comprennent clairement la signification des risques et ses conséquences. Les programmes doivent aussi fournir aux client(e)s ou patient(e)s une information claire au sujet du programme particulier qu'ils(elles) entreprennent.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- ☞ Les femmes enceintes qui sont dépendantes à l'égard des opioïdes devraient avoir un accès prioritaire.
- ☞ Les client(e)s ou patient(e)s qui passent d'un programme à un autre devraient être évalué(e)s rapidement.
- ☞ Les client(e)s ou patient(e)s devraient recevoir de la documentation écrite au sujet du TEM et du programme.
- ☞ Il pourrait être utile d'établir un contrat de traitement, mais pour ce faire il faudrait choisir un moment en tenant compte des besoins des client(e)s ou patient(e)s, car ces derniers(ières) pourraient entreprendre leur traitement pendant une période de crise ou pendant qu'ils(elles) souffrent d'un grave malaise physique.

**Les meilleures pratique du TEM – Politiques des programmes**




## 5.2 Évaluation rapide

L'évaluation fait partie du processus d'amorçage du traitement, mais elle est aussi un processus continu pendant toutes les étapes du traitement, c'est-à-dire l'évaluation d'admission, la stabilisation au moyen de la méthadone, l'entretien à la méthadone et la période suivant l'abandon de la méthadone (le cas échéant).

On a constaté que le premier contact avec une agence de traitement exerce une forte influence sur la qualité de la relation thérapeutique subséquente (Bell et coll., Kauffman et Woody; Langrod; Miller et Rollnick; Woody et coll., cités dans Ward et coll., 1998a, 196). L'évaluation initiale est donc une bonne occasion d'établir des relations de travail de qualité avec les client(e)s ou patient(e)s et de déterminer leurs objectifs et leurs besoins. Les étapes subséquentes de l'évaluation devraient aider à renforcer les relations entre les client(e)s ou patient(e)s et les membres de l'équipe responsable du programme.

L'évaluation offre également l'occasion de fournir aux client(e)s ou patient(e)s de l'information sur le traitement d'entretien à la méthadone et sur le programme lui-même. On doit décrire clairement les politiques et les attentes du programme et fournir aux client(e)s ou patient(e)s le plus possible de renseignements, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées au sujet de leur acceptation ou de leur refus du traitement, de sa poursuite et du niveau de services à demander. Le processus d'évaluation est aussi une occasion d'aider à motiver les client(e)s ou

patient(e)s à modifier et améliorer leur réceptivité au traitement. Une expérience positive au moment de l'évaluation est un excellent point de départ pour une relation thérapeutique positive.

### Intervention immédiate en temps de crise

Le processus d'évaluation initial est souvent précédé d'un besoin d'intervention immédiate en temps de crise. Certain(e)s client(e)s ou patient(e)s vont faire face à des situations de crise au moment où ils(elles) se présentent pour demander le traitement. Les programmes doivent être capables de s'occuper des situations d'urgence ou constituant un danger de mort et prêts à répondre aux besoins immédiats des client(e)s ou patient(e)s, qu'il s'agisse d'un abri sûr, d'aliments, de vêtements ou d'autres services et soutiens.

### L'évaluation initiale

Bien qu'on discute encore la profondeur de l'évaluation nécessaire avant qu'un(e) client(e) ou patient(e) ne reçoive sa première dose de méthadone, les preuves indiquent une association entre l'accès rapide au traitement et la capacité d'y retenir les client(e)s ou patient(e)s (Bell et coll.; Woody et coll.; Maddux et coll., cités dans Ward et coll., 1998b, 326). Par conséquent, l'évaluation initiale devrait faciliter *un accès rapide* au traitement à la méthadone. Une fois établi le diagnostic de la dépendance aux opiacés et mesuré l'à propos du traitement pour la personne concernée, les client(e)s ou patient(e)s devraient recevoir leur première dose de méthadone le plus tôt possible. Après l'évaluation initiale, on pourra procéder à une évaluation plus complète à une étape subséquente, afin de fixer les buts du traitement et de faciliter les liens avec les autres services qui pourraient être nécessaires (voir Évaluation complète, ci-dessous, et la section 4.6, Services complets intégrés).

L'évaluation initiale devrait comprendre :

- un examen physique;
- l'estimation des signes vitaux;
- la commande des premiers tests en laboratoire comme le dépistage du VHC et les tests hépatiques[26];
- un examen des urines pour dépistage toxicologique (un examen positif est utile pour établir en laboratoire la preuve qui aidera à confirmer le diagnostic de dépendance aux opiacés; il est également utile pour déterminer si le(la) client(e) ou patient(e) a déjà absorbé de la méthadone, soit en s'étant inscrit(e) à un autre programme, soit après avoir acheté la méthadone dans la rue);

---

26 Dans certains programmes, on procède également aux tests hépatiques tous les mois, dans le cas de toutes les personnes affectées par l'hépatite C, afin de diriger rapidement ces personnes vers un spécialiste s'il se présentait un problème.

- une évaluation des antécédents et des habitudes de consommation d'opioïdes et d'autres substances, y compris les essais de traitements antérieurs;
- un test de grossesse pour les femmes.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- Lorsqu'il est impossible de procéder à un examen des urines pour dépistage toxicologique, on peut se fonder pour admettre un(e) client(e) ou patient(e) sur des preuves écrites de la dépendance aux opiacés (comme un traitement antérieur, des documents légaux).
- On devrait faire le test de dépistage du VHC en même temps que les autres examens hématologiques.

### L'évaluation complète

Une fois entrepris le traitement d'entretien à la méthadone, et au moment approprié pour le(la) client(e) ou patient(e), on devrait procéder à *une évaluation complète* de tous les facteurs médicaux, sociaux et mentaux pertinents. Les programmes devraient se fier à des techniques et des instruments d'évaluation vérifiés et fiables pour définir les buts des client(e)s ou patient(e)s en ce qui concerne leur traitement, ainsi que leurs besoins, et y répondre.

En plus d'une évaluation médicale servant à établir le diagnostic de dépendance aux opiacés selon les critères du DSM-IV (Brands et Brands, 1998, 29), le processus d'évaluation complète devrait comporter :

- un examen physique et l'estimation des signes vitaux (Glezen et Lowery, 1999, 236), avec la commande de tests en laboratoire comme les tests hépatiques et les tests de dépistage du VHC;
- une évaluation médicale faite par un médecin ou une infirmière ou un infirmier de première ligne (Glezen et Lowery, 1999, 236), y compris les infections contractées (comme le VIH, le VHC, la tuberculose) et les autres troubles médicaux liés aux drogues, afin de mesurer l'importance des méfaits physiques causés par l'utilisation de substances;
- une évaluation des antécédents et des habitudes de consommation des opioïdes et des autres substances (Stitzer et Chutuape, 1999);
- l'établissement de la portée des bouleversements sociaux (en posant des questions au sujet de l'implication dans la criminalité, la prostitution, la perte d'emploi, les relations brisées et la perte du logement);
- des questions portant sur les comportements à risque actuels et passés, par exemple en ce qui concerne la transmission des MTS, ainsi que du VIH, du VHC et des autres agents pathogènes véhiculés par le sang;

- une évaluation du degré d'anxiété, de dépression (Ward et coll, 1998a, 191) et de désir de suicide causé par l'utilisation de substances et les problèmes qui s'y rapportent;
- des analyses d'urine (Glezen et Lowery, 1999, 236);
- un ivressomètre afin de déceler la consommation récente d'alcool (Glezen et Lowery, 1999, 236);
- une rencontre avec les conseillers afin de préparer le traitement à la méthadone (Glezen et Lowery, 1999, 236);,
- une évaluation de l'étape de changement et de la motivation.

L'information obtenue à la suite de l'évaluation complète devrait servir à reconnaître et à établir les diagnostics, à évaluer les besoins d'un(e) client(e) ou patient(e) en ce qui concerne les services et à mettre au point un programme global de traitement (voir la section 4.6 - Services complets intégrés).

### Évaluation continue

Afin de servir d'instrument thérapeutique efficace, *l'évaluation* devrait être *continue* pendant toute la durée du traitement. Par exemple, une fois un programme de traitement établi, on devrait le revoir et le modifier au besoin, particulièrement au moment de prendre les décisions clés. Cette évaluation pourrait être utile pour travailler avec les client(e)s ou patient(e)s et mesurer avec eux(elles) les progrès réalisés en ce qui concerne l'atteinte de buts personnels et thérapeutiques précis selon le temps écoulé.

De nombreux(ses) client(e)s ou patient(e)s vont participer au traitement d'entretien à la méthadone pendant une période prolongée. Dans le cas des client(e)s ou patient(e)s qui abandonnent graduellement la méthadone, le fait de cesser de prendre la méthadone ne signifie pas nécessairement la fin de tout traitement. L'évaluation continue peut aider à cerner et à répondre au besoin d'autres interventions et à déterminer les progrès additionnels vers la réalisation des objectifs du traitement. Si les client(e)s ou patient(e)s y consentent, et sont disponibles pour y participer, on pourra procéder à des évaluations de suivi à long terme, et l'information ainsi obtenue pourra être utile à des fins de recherche et d'évaluation, autant pour accroître les connaissances au sujet du traitement d'entretien à la méthadone que pour améliorer le mode de présentation du programme.

Le processus d'évaluation devrait aussi tenir compte des besoins de groupes particuliers de client(e)s ou patient(e)s. (Voir également la section 7.0 - Les meilleures pratiques du TEM - Répondre aux besoins de groupes particuliers.)

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- Tenir compte des buts des client(e)s ou patient(e)s, pas seulement de ceux du programme.
- Aménager des salles de ressources contenant des aliments et des vêtements.
- Utiliser une approche fondée sur le partenariat; certains médecins utilisent eux-mêmes l'Index de gravité de la dépendance et l'Index de traitement des dépendances à l'égard des opioïdes, alors que d'autres pourront travailler avec un personnel ayant reçu une formation spéciale ou établir des partenariats avec des conseillers en matière d'usage des substances.
- Établir un équilibre entre l'évaluation (c'est-à-dire la cueillette d'informations) et les informations fournies aux client(e)s ou patient(e)s.
- On pourrait considérer l'évaluation, comme étant soit importune (certain(e)s client(e)s ou patient(e)s ont subi un grand nombre d'évaluations antérieures), soit menaçante, parce que certain(e)s client(e)s ou patient(e)s craignent que les services de protection de l'enfance ne soient automatiquement avisés.
- Les client(e)s ou patient(e)s qui entreprennent le traitement peuvent se trouver dans une situation de crise, être très malades, ou les deux; le processus d'admission et d'évaluation devrait être aussi délicat et rapide que possible, car un processus d'évaluation trop prolongé pourrait susciter la fatigue et le découragement et inciter les client(e)s ou patient(e)s à dire ce qu'on attend d'eux(elles) pour en finir avec le processus.

## 5.3 Dosage individualisé suffisant[27]

Étant donné que les personnes réagissent différemment aux doses de méthadone, les programmes doivent avoir une politique souple et individualisée en ce qui concerne l'établissement des doses. Il est nécessaire de faire évaluer avec soin chaque personne par un clinicien possédant de l'expérience du traitement de la dépendance aux opiacés, et la dose initiale doit être mesurée sur une base individuelle. On doit tenir compte de l'opinion des client(e)s ou patient(e)s au moment de la détermination de la dose appropriée.

27 À noter : Les praticiens qui désirent prescrire de la méthadone auront besoin d'une information plus détaillée que celle qui est offerte dans la présente section, notamment au sujet de la dose initiale de départ, de la demi-vie de la méthadone, du temps écoulé avant d'avoir atteint le niveau le plus élevé dans le plasma, de l'augmentation des doses pendant la première semaine, de la gamme des posologies, des doses mortelles, de l'augmentation des doses avec le temps, de la surveillance du niveau des doses, des surdoses, des effets secondaires, des intéractions avec les drogues et d'autres questions relatives à la sécurité. On trouvera cette information en consultant les lignes directrices fédérales existantes (Santé et Bien-être social Canada, 1992), ou les directives provinciales, le cas échéant. Les autres ressources comprennent, par exemple, Brands et Brands (1998), Brands et Janecek (2000) et Brands et coll. (2000).

On devrait prendre des précautions additionnelles en établissant le dosage des personnes souffrant de troubles graves du foie, de dysfonctionnement cardio-respiratoire, ainsi que des femmes enceintes. Les facteurs particuliers influençant le dosage de la méthadone pendant la grossesse sont décrits dans la section 7.4 - Le TEM et les femmes enceintes.

Il faut aviser les client(e)s ou patient(e)s d'entreposer la méthadone dans un endroit sûr que les enfants ne peuvent atteindre.

### La dose initiale

Il faudrait expliquer aux client(e)s ou patient(e)s que la première dose, ou dose « initiale » sera relativement faible (de 10 à 30 mg), à cause du risque médical de surdose (Payte, 2000, 113-114). La dose initiale est une question d'équilibre pour les médecins; ils doivent mesurer les risques. Si la dose initiale de méthadone est trop faible, les client(e)s ou patient(e)s risquent soit d'abandonner le traitement, soit d'utiliser d'autres intoxicants, avec danger de surdose. Par contre, si la dose de départ est trop forte, le(la) client(e) ou patient(e) pourrait en mourir.

### L'ajustement de la dose

Les ajustements de dose doivent se faire par étapes, et lentement afin d'éviter les problèmes créés par les augmentations rapides. Pendant la phase dite « d'induction », on augmente la dose jusqu'à un niveau suffisant mais sans danger, dans le but de soulager les symptômes de sevrage et l'envie de drogues. On pourra ensuite continuer à augmenter (ou réduire) la dose pour obtenir les autres effets désirés.

Comme la méthadone s'accumule dans le corps au fur et à mesure des doses, les effets de la drogue peuvent augmenter même si la dose reste la même.

### Les effets secondaires courants

La méthadone peut avoir certains effets secondaires pendant les premières phases du traitement, y compris une augmentation de la transpiration, la constipation, des anomalies de la libido et de l'orgasme, l'insomnie, des changements de l'appétit, la nausée, la somnolence, l'anxiété, des maux de tête, des douleurs physiques brèves ou continues et des frissons. Mais ces effets secondaires ont tendance à disparaître en bonne partie dans le cas d'un traitement d'entretien à long terme et à doses élevées de méthadone (Kreek; Jaffe et Martin; Hartel; Hartel, cités dans NIDA, 1995, 1-37).

## L'entretien avec une dose suffisante

Dès que la personne reçoit une dose suffisante et stable de méthadone, il n'y pas d'affaiblissement des facultés. On peut « entretenir » les client(e)s ou patient(e)s à la méthadone pendant une période indéfinie. Certaines personnes reçoivent la même dose de méthadone pendant de nombreuses années[28].

Le débat se poursuit au sujet du niveau de la dose de méthadone qu'il convient d'utiliser pour le traitement. Les preuves appuient la nécessité d'une dose suffisante et adaptée à chaque personne pour retenir plus longtemps les client(e)s ou patient(e)s[29]. On a établi une relation entre des doses de méthadone plus fortes et des réductions plus considérables de l'usage des opioïdes, avec un taux de maintien en traitement accru (Strain; Stitzer et coll., Caplehorn et Bell, cités dans Brands et coll., 2000, 236). Certaines personnes pourraient avoir besoin de doses considérablement plus élevées que les autres (Strain et coll., cités dans Leavitt, Shinderman, Maxwell, Chin et Paris, 2000, 408). Le facteur clé de la détermination de la dose, selon Brands et coll. (2000, 236), est d'arriver à la « dose optimale », c'est-à-dire celle qui « soulage les symptômes de sevrage et l'envie irrésistible de drogues sans sédation ou autres effets secondaires ».

Dans son étude des preuves disponibles effectuée en 1995, le National Institute on Drug Abuse (1-39 à 1-40) a conclu : « Il est impossible d'établir de façon arbitraire la dose précise, parce que les patient(e)s absorbent la méthadone dans le métabolisme à des taux différents. De plus, la dose appropriée pourrait changer avec le temps ou en fonction de situations particulières comme la grossesse ou l'usage d'autres médicaments. Dans l'ensemble, la dose de méthadone devrait être fondée sur les besoins individuels des patient(e)s, les objectifs du traitement et les progrès réalisés. »

## L'exécution des ordonnances

Il y a de nombreux facteurs particuliers se rapportant à l'exécution des ordonnances de méthadone, et les pharmaciens, particulièrement les pharmaciens de la communauté, jouent un rôle de plus en plus important à titre de membres des équipes responsables des programmes chargés d'assurer le traitement d'entretien à la méthadone[30].

---

28 Selon Hartel; Hartel; et Kreek (cités dans NIDA, 1995, I-36), de fortes doses de méthadone prescrites pendant de longues périodes de temps n'ont pas eu d'effet toxique et ont provoqué un minimum d'effets secondaires chez des adultes qui ont pu poursuivre leur traitement pendant une quinzaine d'années et chez des adolescent(e)s traité(e)s pendant des périodes atteignant jusqu'à 5 ans.

29 Une dose adéquate exerce une influence sur la rétention des client(e)s ou patient(e)s, selon la recherche de Ball et Ross (citée dans Lowinson et coll., 1997, 412).

30 On trouvera un survol et un examen détaillé de ces questions dans Brands et Janacek (2000).

### La surveillance

Une surveillance continue de la dose de méthadone est un aspect important du traitement, tant aux étapes initiales qu'à mesure que le temps s'écoule, afin de garantir une dose adéquate et de réduire les risques le plus possible.

### Le contrôle de la douleur

Les personnes qui reçoivent un traitement d'entretien à la méthadone pourraient également avoir besoin d'un traitement adéquat de douleurs physiques chroniques ou aiguës, et ce type de traitement devrait leur être assuré. Il peut s'agir notamment de traitements ordinaires pharmaceutiques ou non pharmaceutiques pour la douleur d'intensité modérée ou faible. De plus, dans le cas de douleur plus intense, des analgésiques opioïdes pourraient être nécessaires, et devraient être fournis aux doses habituelles pour le niveau de douleur dont il est question. Étant donné que les client(e)s ou patient(e)s pourraient avoir acquis une tolérance à l'égard des effets analgésiques des opioïdes, il est à conseiller de procéder à de nombreuses réévaluations afin de garantir une dose adéquate d'analgésiques, permettant un contrôle efficace de la douleur (Brands et Janecek, 2000, 28)[31].

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

☞ Il pourrait être utile d'établir des liens avec des cliniques antidouleur.

### Des doses prises sous observation directe ou des doses à prendre à la maison

On a établi une relation entre la souplesse en ce qui concerne les doses à apporter à la maison et un taux de rétention plus élevé (Ball et Ross, cités dans Lowinson, et coll., 1997, 412). Mais la façon d'administrer les doses de méthadone elles-mêmes aux client(e)s ou patient(e)s fait l'objet de beaucoup de discussions et de débats. Pour de nombreux client(e)s ou patient(e)s, l'obligation de se présenter tous les jours pour recevoir une dose surveillée de méthadone présente des problèmes, par exemple lorsqu'il(elles) occupent un emploi, fréquentent l'école ou désirent s'occuper de leurs enfants et voyager. Cela suggère également un manque de confiance, étant donné qu'une des principales raisons de surveiller les doses est de s'assurer que les client(e)s ou patient(e)s prennent réellement leur méthadone.

En même temps, il pourrait y avoir un avantage thérapeutique, soit à exiger une présence quotidienne, soit à fournir des doses à prendre à la maison. La présence quotidienne, particulièrement aux premières étapes du traitement, pourrait être utile pour intensifier les contacts entre les client(e)s ou patient(e)s et l'équipe responsable du programme, ainsi que pour aider à l'établissement d'habitudes

---

31 Voir également Brands et coll. (2000, 244-245) pour trouver d'autres informations sur le contrôle de la douleur chez les personnes recevant un traitement d'entretien à la méthadone.

quotidiennes qui sont moins stressantes ou chaotiques que les comportements antérieurs de recherche constante de drogue. Au début du traitement, l'administration fréquente de doses sous observation peut aider à mieux ajuster la dose, avec pour résultat un effet opiacé stable avec le passage du temps. Comme cet effet est le principal avantage de la méthadone, quand on la compare aux autres opioïdes, il risque d'être entravé si les client(e)s ou patient(e)s prennent leur médicament à intervalles irréguliers.

Accroître la fréquence des doses à prendre à la maison pourrait être un moyen efficace d'inciter les client(e)s ou patient(e)s à réduire leur consommation d'autres substances. Les programmes devraient arriver à un équilibre entre l'avantage de garantir le respect du traitement des client(e)s ou patient(e)s et d'entretenir des contacts réguliers avec ces derniers(ières) et la nécessité d'un traitement souple, axé sur les client(e)s ou patient(e)s, qui tienne compte des réalités de la vie de ces personnes.

### Le risque de détournement

Le débat se poursuit également au sujet de l'importance du détournement de la méthadone, s'il se produit réellement, ou du danger qu'il pourrait représenter pour la communauté. Le rapport de 1995 de l'Institute of Medicine (IOM), (cité dans Joseph, Stancliff et Langrod, 2000, 354) est arrivé à la conclusion que, bien que le détournement soit une source de préoccupations, il « ne semble pas assez grave pour prendre la précédence sur l'accessibilité du traitement pour les toxicomanes non traité(e)s ». Ce rapport de l'IOM (cité dans Joseph et coll., 2000, 360) ajoute que le niveau de réglementation de la méthadone (qui est lié en partie aux inquiétudes devant la possibilité de détournement) « ...accorde trop d'importance à la protection de la société contre la méthadone, et pas assez à la protection de la société contre l'épidémie des infections, de la violence et des maladies infectieuses que la méthadone pourrait aider à limiter. » Les programmes devraient trouver un équilibre entre les mesures destinées à prévenir un détournement possible et la nécessité d'assurer un traitement efficace.

## 5.4 Dosage de la méthadone pendant la grossesse

Lorsqu'il est prescrit et administré de façon appropriée, le traitement d'entretien à la méthadone est considéré comme sans danger médical pour les femmes enceintes qui sont en même temps dépendantes à l'égard des opioïdes.

Dans le cas des femmes qui deviennent enceintes pendant leur traitement d'entretien à la méthadone, on ne recommande pas le sevrage graduel de la méthadone, parce qu'on peut rarement y parvenir sans rechute ou complication obstétrique. Les femmes enceintes qui désirent abandonner la méthadone devraient recevoir le plus possible d'informations et de counseling, afin de pouvoir faire un choix éclairé en matière de sevrage graduel.

La pharmacocinétique de la méthadone se modifie pendant la durée de la grossesse, particulièrement pendant le troisième trimestre (Jarvis et coll., 1999). Il faut donc surveiller de près le dosage de la méthadone pendant toute la grossesse et l'ajuster au besoin.

On doit établir le niveau des doses en fonction des besoins de chaque femme. Il n'existe pas de preuves convaincantes de la nécessité de réduire la dose de méthadone d'une femme enceinte dans le but d'éviter le syndrome de sevrage néonatal (Kaltenbach, Berghella et Finnegan, 1998, 147-148). (Voir également la section 7.4 - Le TEM et les femmes enceintes.)

On traite dans la section 7.4 - Le TEM et les femmes enceintes d'autres aspects du traitement des femmes enceintes recevant le traitement d'entretien à la méthadone.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- Les femmes pourraient désirer interrompre leur traitement par suite de leur crainte de voir les services de protection de l'enfance leur enlever leurs nouveau-nés.
- On devrait diriger les femmes enceintes vers des praticiens possédant des connaissances spécialisées du traitement d'entretien à la méthadone pour les femmes enceintes.

## 5.5 Durée illimitée du traitement

On a établi une corrélation entre l'obtention de meilleurs résultats et une durée plus longue du traitement, y compris un usage réduit des opioïdes illicites et une réduction de l'activité criminelle. Le traitement d'entretien à la méthadone à court terme semble donner de moins bons résultats (Ward et coll., 1998b,330-331).

La durée du traitement d'entretien à la méthadone devrait être établie en fonction des besoins individuels plutôt que de limites fixées d'avance. Il est impossible de fixer une durée optimale du traitement susceptible de convenir à tout le monde. Il est préférable que chaque personne continue à recevoir le traitement tant qu'elle en retire des avantages, ce qui constitue pour cette personne la durée optimale. L'entretien à la méthadone pour une période indéfinie, ou même pendant la vie entière, est une possibilité pour certain(e)s client(e)s ou patient(e)s.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- Ne demandez pas aux gens de décider s'ils veulent un traitement à court ou à long terme dès qu'ils viennent demander le traitement; les client(e)s ou patient(e)s devraient prendre cette décision après un certain temps.
- Dire aux client(e)s ou patient(e)s qu'ils(elles) peuvent poursuivre leur traitement aussi longtemps qu'elles en retirent des avantages.

## 5.6 Critères clairs d'interruption involontaire du traitement

Des études ont démontré que la grande majorité des personnes dépendantes à l'égard des opioïdes vont revenir à l'usage d'autres opioïdes une fois interrompu leur traitement d'entretien à la méthadone (Ward et coll., cités dans Ward, Mattick et Hall, 1998c,337). De plus, ces personnes pourraient subir d'autres dommages graves, et même des conséquences fatales. Une étude réalisée par Dole et Joseph (citée dans Lowinson, et coll., 1997, 411) a constaté que, chez les personnes renvoyées du traitement d'entretien à la méthadone, le taux de décès lié à l'abus des opioïdes était deux fois plus élevé que chez les personnes capables de poursuivre leur traitement. La principale différence entre les causes de décès est l'augmentation des décès liés à la toxicomanie après le renvoi. Depuis la réalisation de cette étude, l'épidémie des infections par le VIH, le VHC et les autres agents pathogènes véhiculés par le sang chez les utilisateurs de drogues injectables est venue aggraver les risques courus par les personnes renvoyées du traitement.

On devrait aborder avec précaution le retrait involontaire du traitement, et même l'éviter si possible. Les programmes devraient adopter une approche axée sur la solution des problèmes plutôt que sur une attitude punitive lorsqu'il est question d'obliger un(e) client(e) ou patient(e) de se retirer involontairement du traitement. Dans une situation idéale, l'abandon graduel de la méthadone devrait être une décision prise mutuellement par un(e) client(e) ou patient(e) et le médecin qui lui prescrit la méthadone, ainsi que les autres membres de l'équipe responsable du programme (voir aussi la section 5.8 - Sevrage graduel axé sur les client(e)s ou patient(e)s).

Bien qu'il reste toujours un élément de pouvoir discrétionnaire au moment de la prise de décision concernant le renvoi d'un(e) client(e) ou patient(e), les programmes devraient fixer des critères clairs et raisonnables pouvant donner lieu à la possibilité de renvoi. Ces critères devraient être communiqués clairement aux client(e)s ou patient(e)s dès le début du traitement. Si possible, on devrait assurer un suivi approprié des personnes renvoyées, ainsi que des mécanismes de recours.

Il serait idéal de pouvoir retenir les client(e)s ou patient(e)s aussi longtemps qu'ils(elles) gagnent quelque chose à poursuivre leur traitement.

- Des ententes réciproques avec d'autres programmes pourraient permettre au(à la) client(e) ou patient(e) de passer à un programme qui lui convient mieux plutôt que d'être simplement obligé(e) d'abandonner son traitement.
- Il est important de tenir compte du contexte du comportement d'un(e) client(e) ou patient(e). Y a-t-il un problème familial ou personnel ? Le counseling serait-il utile ?
- Un mécanisme d'appel, par exemple une tierce partie ou un ombudsman neutre, devrait exister pour les client(e)s ou patient(e)s qui sont forcé(e)s de quitter le traitement contre leur volonté.
- Les programmes pourraient offrir de sevrer un(e) client(e) ou patient(e) graduellement, et plus tard, s'il se produisait une amélioration de comportement, le traitement pourrait être complètement rétabli.
- Le renvoi peut parfois avoir un effet thérapeutique, parce que le(la) client(e) ou patient(e) est obligé(e) de négocier de nouveau avec un autre fournisseur de traitement ou une pharmacie communautaire.
- Il faudrait que plus d'un(e) membre de l'équipe responsable du programme participe à la décision de renvoyer un(e) client(e) ou patient(e).
- Un sevrage brutal pourrait être responsable de surdoses et devrait donc être évité.

## 5.7 Analyse toxicologique des urines et façon non punitive de considérer la consommation de drogues pendant le traitement

Les lignes directrices fédérales et provinciales exigent que les programmes de traitement procèdent à des analyses toxicologiques des urines. Les programmes de traitement d'entretien à la méthadone surveillent l'usage d'autres drogues par les client(e)s ou patient(e)s pendant leur traitement dans le but d'établir :

- si les client(e)s ou patient(e)s se conforment au traitement, c'est-à-dire prennent leur méthadone conformément à leur ordonnance;
- si les client(e)s ou patient(e)s consomment d'autres drogues en plus de la méthadone;
- si les client(e)s ou patient(e)s obtiennent des ordonnances de plus d'un médecin en même temps;
- la confirmation de l'usage auto-déclaré d'autres drogues;
- la mesure des résultats (à des fins d'évaluation du programme et de recherche).

Il ne faudrait pas oublier, toutefois, que la réduction de l'usage d'autres drogues n'est pas le but principal, mais plutôt un des résultats possibles, du programme d'entretien à la méthadone.

## Analyse toxicologique des urines

L'analyse toxicologique des urines est beaucoup utilisée pour surveiller la consommation de drogues par les client(e)s ou patient(e)[32]. Toutefois, les programmes doivent préciser la raison d'être des analyses toxicologiques des urines, leur façon de la voir et l'usage qu'ils font des résultats.

On a suggéré que l'analyse toxicologique des urines comportait de nombreux avantages, notamment :

- une information objective sur la fidélité des client(e)s ou patient(e)s à prendre leur méthadone, ainsi que leur consommation d'autres drogues (illicites), afin d'aider à prendre les décisions cliniques;
- le découragement et la réduction possible de la consommation de drogues illicites chez les client(e)s ou patient(e)s;
- une information objective convenant à des fins juridiques, au besoin;
- des contacts plus nombreux avec l'équipe responsable du programme, et le point de départ de l'établissement de liens entre les client(e)s ou patient(e)s et les membres de l'équipe;
- une information mesurable pouvant servir à l'évaluation du programme.

En même temps, toutefois, il y a des inconvénients. En dépit de sa vaste utilisation sur le terrain, les critiques ajoutent que l'analyse toxicologique des urines coûte cher, peut donner des résultats relativement inexacts si on s'en sert pour déceler l'usage de drogues, et peut avoir un effet négatif sur les client(e)s ou patient(e)s[33]. De plus, il n'est pas prouvé qu'il s'agisse d'un moyen efficace de décourager la toxicomanie[34]. Le prélèvement de spécimens d'urine, particulièrement sous observation directe, peut être humiliant pour les client(e)s ou patient(e)s, parce qu'il suggère qu'on ne les croit pas capables de dire la vérité lorsqu'il s'agit de déclarer leur usage de drogues, ce qui a peu de chances de contribuer à des relations positives avec les membres de l'équipe.

---

32 Les lignes directrices fédérales actuelles (Santé et Bien-être social Canada, 1992) et les directives provinciales existantes contiennent des exigences précises concernant l'analyse toxicologique des urines.

33 Voir Ward, Mattick et Hall (1998i) pour une discussion plus complète de la documentation portant sur les avantages et les inconvénients de l'analyse des urines.

34 Ward et coll. (1998i) (citant Grevert et Weinberg; Goldstein et Judson; Havassy et Hall, 1998, 251) arrivent à la conclusion « qu'on ne gagne pas grand chose à utiliser l'analyse des urines pour contrôler l'usage des drogues, si l'objectif principal de cette pratique est de dissuader les patient(e)s d'utiliser les drogues illicites... En se fondant sur les preuves disponibles, on doit conclure que rien ne prouve avec certitude que l'absence d'analyses d'urine mène à une augmentation de l'usage des drogues illicites. »

Sans approuver l'usage d'autres drogues, les programmes devraient adopter une façon non punitive et thérapeutique, plutôt que punitive, de voir l'usage d'autres drogues pendant le traitement. Par exemple, une approche thérapeutique ferait appel aux résultats de l'analyse toxicologique des urines pour servir de point de départ d'une discussion des progrès réalisés grâce au traitement, et offrirait en même temps l'occasion de résoudre des problèmes avec les client(e)s ou patient(e)s et de leur fournir des renseignements, au lieu de s'en servir pour contrôler l'usage des drogues par les client(e)s ou patient(e)s et pour chercher à les « attraper » s'ils(elles) ont été délinquant(e)s.

Parmi les autres utilisations suggérées des analyses toxicologiques d'urines, mentionnons :

- la réduction des coûts et l'augmentation de l'exactitude des résultats des analyses toxicologiques régulières des urines, si on les accompagne de :
  - différents calendriers d'analyse pour les client(e)s ou patient(e)s se trouvant à différentes étapes de leur traitement;
  - l'examen des client(e)s ou patient(e)s stabilisé(e)s uniquement dans le but d'évaluer le programme;
  - un prélèvement aléatoire (plutôt que prévu d'avance) qui est soit observé directement, soit vérifié en mesurant la température afin d'éviter les altérations;
- penser à utiliser des prélèvements aléatoires et peu fréquents pour :
  - l'évaluation du programme;
  - l'examen sur place des client(e)s ou patient(e)s qui présentent des signes d'intoxication ou de rechute;
  - penser à utiliser un système comportant une augmentation des responsabilités, comme des doses à apporter à la maison, dans les cas où les analyses toxicologiques des urines auront donné des résultats négatifs[35].

## L'auto-déclaration

La recherche a démontré que l'auto-déclaration révèle autant d'informations au sujet de l'usage des drogues que l'analyse des urines (Magura et coll., cités dans Ward et coll., 1998i, 255), et que ce type de surveillance pourrait favoriser de meilleures relations avec les client(e)s ou patient(e)s.

35 Dans les analyses effectuées par Stitzer et coll. (cités dans Ward et coll., 1998i, 253), l'utilisation de méthadone à prendre à la maison pour récompenser les client(e)s ou patient(e)s a été considérablement évaluée et son efficacité est prouvée quant à la réduction de l'usage des drogues illicites.

### L'analyse des cheveux

On pourrait étudier plus tard les nouvelles technologies, comme l'analyse des cheveux, à mesure qu'elles deviendront plus accessibles, fiables et d'un coût abordable.

On trouvera dans la section 17 - Le TEM et l'abus de plusieurs intoxicants, de l'information au sujet du traitement de ce type de toxicologie.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- ☞ Des analyses sur place qui permettent aux membres de l'équipe de discuter immédiatement les résultats avec le client(e) ou patient(e) sont maintenant disponibles.
- ☞ Les programmes devraient mettre l'accent sur les analyses servant à déterminer les taux d'usage des opioïdes plutôt que celui des autres intoxicants; le TEM est un traitement de la dépendance aux opiacés et devrait concentrer ses efforts sur cet aspect de l'usage des drogues par les client(e)s ou patient(e)s.
- ☞ Certain(e)s client(e)s ou patient(e)s trouvent les analyses utiles, c'est-à-dire qu'elles servent d'incitatif positif à l'abandon de l'usage des drogues.
- ☞ On peut également utiliser les analyses d'urines pour apprendre comment le traitement progresse, par exemple, pourquoi il y a eu rechute et quels furent les facteurs qui l'ont provoquée ?
- ☞ Réduire le coût des analyses toxicologiques des urines pourrait libérer des ressources qui pourraient ensuite être réinvesties dans d'autres aspects du programme, par exemple le counseling.

## 5.8 Sevrage graduel axé sur les client(e)s ou patient(e)s

### La décision d'abandonner graduellement la méthadone

L'abandon graduel de la méthadone devrait être une décision mutuelle à laquelle participent le(la) client(e) ou patient(e) et son médecin prescripteur et d'autres membres de l'équipe responsable du programme. Dans une situation idéale, l'abandon graduel de la méthadone devrait être volontaire, c'est-à-dire que les client(e)s ou patient(e)s, ainsi que l'équipe responsable du programme, devraient décider ensemble de l'abandon graduel et fixer le moment où il se produira.

L'abandon graduel de la méthadone peut être une source de craintes et un processus difficile pour de nombreux(ses) client(e)s ou patient(e)s. Les client(e)s ou patient(e) pourraient ressentir de la peur et des inquiétudes devant cette décision.

Les client(e)s ou patient(e)s pourraient penser à abandonner le traitement pour des raisons diverses, notamment :

- des attentes de rétablissement irréalistes;
- les pressions des membres de leurs familles et d'autres personnes, y compris les membres de l'équipe responsable du programme;
- la stigmatisation sociale de l'usage de la méthadone;
- les croyances des membres de l'équipe responsable du programme en ce qui concerne l'à-propos de l'abstinence de la méthadone à titre d'objectif du traitement;
- les inconvénients de l'obligation de se présenter en personne de façon régulière pour recevoir la méthadone, ainsi que les autres règles du programme;
- des raisons financières (coût du traitement);
- des restrictions quant aux déplacements;
- le désir d'essayer de voir s'ils(elles) sont capables de vivre sans méthadone; par exemple, dans le cas de personnes qui ont été stabilisées à la méthadone et n'ont pas utilisé d'opioïdes depuis longtemps, une décision d'essayer d'abandonner graduellement pourrait être sage.

Quelles que soient leurs raisons d'essayer de renoncer graduellement, il faut respecter les client(e)s ou patient(e)s, et on devrait leur assurer les soutiens pertinents (voir ci-dessous Gestion de l'abandon). On devrait toutefois adopter une approche souple vis-à-vis du renoncement graduel, par exemple en rassurant les client(e)s ou patient(e)s qu'ils(elles) pourront reprendre leur traitement au besoin.

### Gestion du retrait graduel

Les client(e)s ou patient(e)s qui décident de réduire leur dose ou de cesser totalement de prendre la méthadone, reçoivent de l'aide et un soutien pour les aider à s'habituer aux symptômes de sevrage et aux autres conséquences de leur décision.

Une façon organisée d'abandonner la méthadone graduellement comporte une série d'étapes et devrait comprendre :

- Une surveillance médicale, comprenant des relations de travail étroites entre les client(e)s ou patient(e)s et leur médecin prescripteur et les autres membres de l'équipe multidisciplinaire responsable du programme.
- "Des conseils aux client(e)s ou patient(e)s au sujet des choix qui se présentent à eux(elles), ainsi que de l'information au sujet du processus. Il faut expliquer aux client(e)s ou patient(e)s les possibilités de rechute. On doit également leur dire que, même si la réussite de l'abandon graduel reste une possibilité,

l'entretien à long terme à la méthadone est possible. On doit fournir des renseignements au sujet du processus d'abandon graduel au fur et à mesure de son avancement.

- Il faut réduire la dose de méthadone le plus lentement possible et adapter le taux de retrait à chaque personne. Les client(e)s ou patient(e)s devraient participer à la prise de décisions. Ils(elles) doivent pouvoir décider si on va les aviser d'avance de la réduction de leur dose et de son intensité. Certaines personnes préfèrent ne pas le savoir, d'autres désirent en être avisées.
- Les client(e)s ou patient(e)s doivent avoir accès à un counseling accru pendant leur retrait graduel, et ils(elles) doivent être en relations avec des services communautaires capables de fournir des programmes et services de suivi afin de faciliter le processus de transition[36].

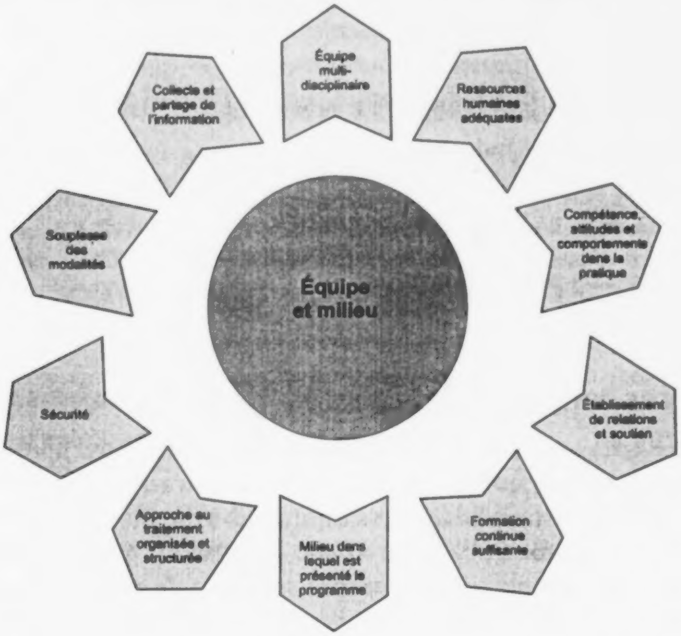
## Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

- Les client(e)s ou patient(e)s qui réduisent graduellement leur dose de méthadone doivent pouvoir en obtenir une plus élevée, pendant une période difficile, sans être obligé(e)s de recommencer le processus de réadmission.

36 Voir dans Ward et coll.(1998c) une description plus détaillée de leurs suggestions en cette matière.

# Section 6. Les meilleures pratiques du TEM – Le milieu et l'équipe responsable du programme

Meilleures pratiques du TEM –
Le milieu et l'équipe responsable du programme




## 6.1 Équipe multidisciplinaire

Dans le présent document, le mot « équipe » a une définition très large et comprend toutes les personnes susceptibles de participer à la présentation d'un programme global (voir la section 4.6 - Services complets intégrés). Selon le programme et le lieu où il est présenté (voir la section 2.9 - Quelle est la situation actuelle ? Distribution du traitement d'entretien à la méthadone au Canada et à l'étranger) l'équipe responsable du programme pourra comprendre, en plus du médecin prescripteur, un vaste réseau multidisciplinaire de personnes qui travaillent à des titres et à des endroits différents. Toutes ces personnes sont en contact avec les client(e)s ou patient(e)s, et ces contacts peuvent à leur tour exercer une incidence considérable sur les résultats du traitement. Par conséquent, un programme pourrait comprendre quelques-uns ou tous les éléments suivants :

Éléments :

- ➢ méthadone;
- ➢ soins médicaux;
- ➢ traitement de l'utilisation d'autres substances;
- ➢ counseling et soutien;
- ➢ services de santé mentale;
- ➢ promotion de la santé, prévention des maladies et éducation.

Liens avec d'autres soutiens communautaires, notamment :

- ➢ services sociaux;
- ➢ services à l'enfance, aux jeunes et à la famille;
- ➢ soutiens juridiques et judiciaires;
- ➢ éducation;
- ➢ emploi;
- ➢ autres ressources communautaires.

Services d'approche et intervention

## 6.2 Ressources humaines adéquates

Afin d'administrer efficacement le traitement et de maximiser l'approche multidisciplinaire, les programmes de traitement d'entretien à la méthadone ont besoin de ressources humaines adéquates et stables avec un faible roulement du personnel (Kreek; Centre for Substance Abuse Treatment, cité dans NIDA, 1995, 1-43). L'équipe devrait comporter un nombre suffisant de membres compétents et bien formés (soit sur place ou reliés au moyen de solides systèmes d'aiguillage) pour bien faire la prestation du programme. Les rôles et responsabilités des divers(e)s membres de l'équipe doivent être clairement définis, et ces descriptions devraient être un instrument permettant d'établir la cohésion et de favoriser le respect et la reconnaissance des contributions de tou(te)s les membres de l'équipe.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

☞ Il faut des communications constantes entre les membres de l'équipe, tout en respectant la nécessité de la confidentialité des client(e)s ou patient(e)s.

## 6.3 Compétence, attitudes et comportements pratiques

La recherche suggère que l'importance accordée par les membres du personnel à un traitement axé sur l'abstinence peut constituer un obstacle à l'efficacité du traitement (Bell et coll., cités dans Bell, 1998a, 170), ce qui fait supposer que les attitudes des membres de l'équipe vis-à-vis du traitement d'entretien à la méthadone et des personnes qui le reçoivent sont probablement un facteur important de l'efficacité du programme. Il est donc capital que les membres de l'équipe soient réceptifs devant diverses façons différentes de considérer le traitement (voir la section 4.3 - Orientation axée sur l'entretien). De plus, les membres de l'équipe doivent savoir respecter la diversité des expériences et des objectifs des client(e)s ou patient(e)s, entretenir des relations interpersonnelles de façon à susciter la motivation et faire preuve de sensibilité à l'égard de facteurs tels que la différence entre les hommes et les femmes, les cultures, les niveaux d'âge et autres.

Les membres de l'équipe ont également besoin de posséder des connaissances particulières, de l'expérience, des compétences spécialisées et des qualités personnelles qui les rendent aptes à administrer efficacement et avec intégrité le traitement d'entretien à la méthadone. (Voir également la section 6.5 - Formation continue suffisante.)

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- Chaque programme doit avoir un code de déontologie concernant les membres de l'équipe.

## 6.4 Établissement de relations et soutien

Plus la confiance règne entre les membres de l'équipe et les client(e)s ou patient(e)s, plus on a constaté de rétention de la part des client(e)s ou patient(e)s (Ball et Ross, cités dans Lowinson et coll., 1997, 412). Cela suggère que la qualité des relations entre les membres de l'équipe et les client(e)s ou patient(e)s pourrait exercer une influence considérable sur divers résultats possibles du traitement. Autant les client(e)s ou patient(e)s que les membres de l'équipe ont des chances de bénéficier de relations interpersonnelles saines et d'un climat favorable à l'intérieur du programme. (Voir également la section 4.7 - Participation des client(e)s ou patient(e).

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- Mettre l'accent sur l'intégration et l'inclusion de tou(te)s les membres de l'équipe et les client(e)s ou patient(e)s.
- Quel que soit le milieu, les programmes devraient constituer une « zone de tolérance » pour les client(e)s ou patient(e)s qui sont souvent rejeté(e)s à l'écart de la société.
- La qualité des relations va affecter l'attitude et la motivation des client(e)s ou patient(e)s et leur volonté de se conformer aux exigences du traitement; si ces derniers(ières) sont traité(e)s différemment des autres personnes, ils(elles) pourraient ressentir de la rancoeur et agir en conséquence.
- Les membres de l'équipe auront une attitude plus positive à l'égard de leur travail s'ils(si elles) entretiennent de bonnes relations avec les client(e)s ou patient(e)s.
- Comme les relations sont un facteur d'importance capitale de la qualité du fonctionnement du traitement, elles devraient servir de point de mire pour mesurer les résultats.
- Il est essentiel que les client(e)s ou patient(e)s puissent parler à une personne qui ne les jugera pas, comme un ombudsman.
- Les client(e)s ou patient(e)s devraient avoir la possibilité de passer à d'autres programmes s'ils(si elles) ne se sentent pas à l'aise dans leurs relations avec les membres de l'équipe responsable du programme.
- Les médecins et les autres membres de l'équipe responsable du programme ont besoin de soutiens comme la formation, le mentorat, la supervision et autres.

## 6.5 Formation continue suffisante

Étant donné que les attitudes des membres de l'équipe responsable du programme, ainsi que la qualité de leurs relations avec les client(e)s ou patient(e)s, vont influencer le résultat du traitement, une formation suffisante et appropriée assurée à tous les membres de l'équipe est une clé de l'amélioration du résultat du traitement (Ball et Ross, cités dans Lowinson et coll., 1997, 412).

Parmi les secteurs d'importance capitale devant faire l'objet de la formation, mentionnons :

- la dépendance à l'égard des substances et leur abus;
- la dépendance aux opiacés;
- les principes et les buts du traitement d'entretien à la méthadone;
- les preuves empiriques de l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone;
- l'éclaircissement des valeurs;
- la façon de voir le traitement axée sur les client(e)s ou patient(e)s;
- l'évaluation;

- ➢ des doses efficaces et sans danger;
- ➢ l'administration d'un traitement structuré;
- ➢ la satisfaction des besoins de chaque client(e) ou patient(e);
- ➢ l'attitude professionnelle au moment de l'administration du traitement[37].

## Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

- ☞ Mettre au point un programme de formation multidisciplinaire (conférences, ateliers, séances de formation) destiné à toutes les personnes participant à l'exécution du programme (médecins, pharmacien(ne)s, conseillers(ères), parties prenantes de la communauté et autres) afin de favoriser un esprit d'équipe et de mieux faire comprendre les rôles respectifs.
- ☞ Incorporer des sujets qui intéressent les différent(e)s membres de l'équipe.
- ☞ Parmi les autres sujets de formation possibles, mentionnons :
  - la médecine du traitement des dépendances;
  - les mythes entourant la méthadone;
  - le counseling psychosocial;
  - la pharmacologie et la pharmacocinétique;
  - les attitudes et les valeurs, et tout particulièrement la nécessité d'éviter les attitudes condescendantes et supérieures, de passer des jugements, de reconnaître l'autonomie des client(e)s ou patient(e)s et de manifester un respect mutuel et de la sensibilité devant la culture, les différences entre les hommes et les femmes et autres;
  - les intéractions entre les drogues et les effets secondaires;
  - le counseling se rapportant à l'utilisation de substances;
  - la prévention des rechutes;
  - les entrevues motivationnelles;
  - le contrôle des comportements agressifs;
  - la satisfaction des besoins à mesure qu'ils se manifestent pendant le traitement;
  - la prévention de l'épuisement professionnel;
  - les ressources et les contacts communautaires.
- ☞ Tout(e)s les membres de l'équipe devraient participer au perfectionnement professionnel continu.

---

37 Voir également dans Bell (1998b) une description détaillée de la formation du personnel des programmes de traitement d'entretien à la méthadone.

- Les organismes de réglementation et de reconnaissance professionnelle devraient appuyer les activités éducatives destinées à leurs membres, notamment :
  - la formation ou le recrutement de médecins, par exemple, en participant aux séances scientifiques hebdomadaires;
  - la création de vidéos destinés à des groupes particuliers de praticiens comme les médecins de famille, les pharmacien(ne)s;
  - l'établissement de programmes de formation des médecins intéressé(e)s à obtenir l'autorisation de prescrire la méthadone, ainsi que des pharmacien(ne) intéressé(e)s à remplir les ordonnances de méthadone;
  - parrainer des ateliers d'éducation médicale continue des médecins en traitement des dépendances;
- Il faut renseigner les client(e)s ou patient(e)s sur :
  - leurs droits et leurs obligations;
  - les questions juridiques et déontologiques;
  - les droits et obligations des médecins et des autres membres de l'équipe;
  - l'historique du traitement d'entretien à la méthadone.
- On a besoin d'établir une liste du matériel de formation canadien disponible et des personnes auxquelles s'adresser.
- Il faudrait rembourser les médecins lorsqu'ils(elles) participent à la formation.
- Il devrait y avoir une ligne d'assistance téléphonique pour renseigner et appuyer les fournisseurs de traitements.

## 6.6 Milieu dans lequel est présenté le programme

Bien que le lien entre le milieu de travail et l'efficacité du programme n'ait pas fait l'objet de beaucoup de recherches en ce qui concerne le traitement d'entretien à la méthadone, certains indices suggèrent qu'un milieu qui encourage des relations de confiance empreintes de respect et de préservation de la confidentialité entre les membres du personnel et les client(e)s ou patient(e)s, et qui se caractérise par un bon moral chez le personnel et un faible taux de roulement, peut exercer une influence positive sur les résultats du traitement. (Ball et Ross, cités dans Lowinson, et coll., 1997, 412).

## 6.7 Approche organisée et structurée à l'égard du traitement

Un programme bien organisé et structuré doit se fonder sur :

- la clarté de la raison d'être et des objectifs du programme;
- l'exécution du programme par le biais d'un travail d'équipe, comprenant : des descriptions de fonctions claires pour tou(te)s les membres de l'équipe, des voies de communication bien comprises entre les membres de l'équipe, des réunions régulières de l'équipe;

- des communications claires avec les client(e)s ou patient(e)s au sujet des politiques et des attentes du programme, et ce dès le début;
- la compétence des membres de l'équipe, qui auront reçu la formation nécessaire pour administrer le traitement d'entretien à la méthadone;
- des installations appropriées comportant suffisamment d'espace pour permettre l'accès à des services divers, favoriser les relations mutuelles entre les membres de l'équipe et les client(e)s ou patient(e)s et garantir l'intimité des personnes au moment des examens, de la prise des doses de méthadone, du counseling et de l'étude des cas.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- ☞ Un programme bien organisé et structuré doit être fondé sur des théories solides, prévoir des interventions fondées sur les principes du guide et inclure une évaluation constante du programme.

## 6.8 Sécurité

Il faut que les programmes prennent des mesures appropriées pour garantir la protection contre le harcèlement des client(e)s ou patient(e)s, ainsi que de tou(te)s les membres de l'équipe. Les règles de comportement et les attentes du programme doivent être claires. L'application de ces règles doit être juste et conforme aux limites de sécurité établies, à l'intérieur desquelles le programme peut fonctionner.

Les membres de l'équipe doivent avoir reçu une formation appropriée afin de pouvoir faire face à la colère et aux conflits.

On doit également s'occuper de la sécurité de l'emplacement où est présenté le programme et des questions relatives à la sécurité personnelle à l'intérieur du local et aux alentours.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- ☞ Les membres de l'équipe et les client(e)s ou patient(e)s doivent se sentir en sécurité dans les lieux où le programme est administré; certain(e)s client(e)s ou patient(e)s pourraient être accompagné(e)s de leurs enfants et le milieu doit également être sans danger pour ces derniers.
- ☞ Soit mettre au point des protocoles de sécurité pour s'occuper des situations susceptibles de présenter du danger; par exemple, donner des rendez-vous aux client(e)s ou patient(e)s qui ont des antécédents de violence à des moments où un personnel suffisamment formé sera disponible, soit orienter ces personnes vers des programmes qui ont déjà pris des mesures de sécurité pertinentes.

- Les médecins en cabinet privé pourraient avoir besoin de garantir leur propre sécurité au moyen d'un triage des client(e)s ou patient(e)s, et, s'il ne semble pas approprié de traiter un(e) client(e) ou patient(e) dans un cabinet privé, aiguiller ce(tte) client(e)s ou patient(e)s vers une agence compétente.

## 6.9 Souplesse des modalités

La fréquentation quotidienne d'une clinique ou d'une pharmacie communautaire pour y obtenir la dose de méthadone peut présenter certains avantages, habituellement pendant la première partie du traitement. Elle pourrait par exemple aider à créer des habitudes de vie structurées, qui constituent une alternative par rapport aux activités liées à l'obtention de la drogue. Le contact quotidien avec les membres de l'équipe peut aider à établir des relations thérapeutiques continues et positives. Un cadre structuré pourrait accroître la sécurité du traitement en réduisant au minimum le risque de détournement et en garantissant une quantité stable de méthadone prise selon un horaire régulier.

Toutefois, les formalités ont besoin d'être souples. Les périodes prolongées de fréquentation quotidienne pourraient ne pas convenir à tou(te)s les client(e)s ou patient(e)s. Avec le temps, les client(e)s ou patient(e)s pourraient profiter d'autres façons de procéder, y compris la souplesse en ce qui concerne les doses à emporter à domicile[38]. Une fois établie la dose nécessaire et après stabilisation de cette dose, la fréquentation quotidienne ne devrait pas rester une exigence rigide susceptible d'entraver l'obtention d'autres résultats positifs comme l'occupation d'un emploi, l'éducation et les autres types d'insertions sociales positives.

### Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

- Fournir aux client(e)s ou patient(e)s des doses à prendre à la maison sera probablement un facteur clé de l'augmentation de la fidélité de ces derniers(ières).
- Les programmes devraient éviter de se servir de la permission d'apporter des doses à prendre à la maison comme d'une « récompense »; c'est une pratique qui dégrade les client(e)s ou patient(e)s et transmet un message inapproprié.
- Les médecins devraient consulter le(la) client(e) ou patient(e) et les autres membres de l'équipe, y compris les pharmacien(ne)s et les conseillers(ières) en matière d'utilisation de substances, avant de fournir des doses de méthadone à prendre à la maison.

38 La souplesse concernant les doses à prendre à la maison est un facteur important de la rétention des client(e)s ou patient(e)s, selon Ball et Ross, (cités dans Lowinson et coll., 1997, 412).

## 6.10 Collecte et partage de l'information

### La tenue de dossiers

Les programmes devraient avoir une façon organisée de tenir des dossiers, qui mette l'accent sur la valeur des données du programme à des fins de traitement, de recherche, d'évaluation et d'administration.

Le processus de collecte de l'information et de tenue des dossiers devrait se fonder sur des protocoles pertinents qui précisent le type d'information à recueillir. Il devrait y avoir des directives en matière de déontologie afin de garantir la protection de la confidentialité.

### Le partage de l'information

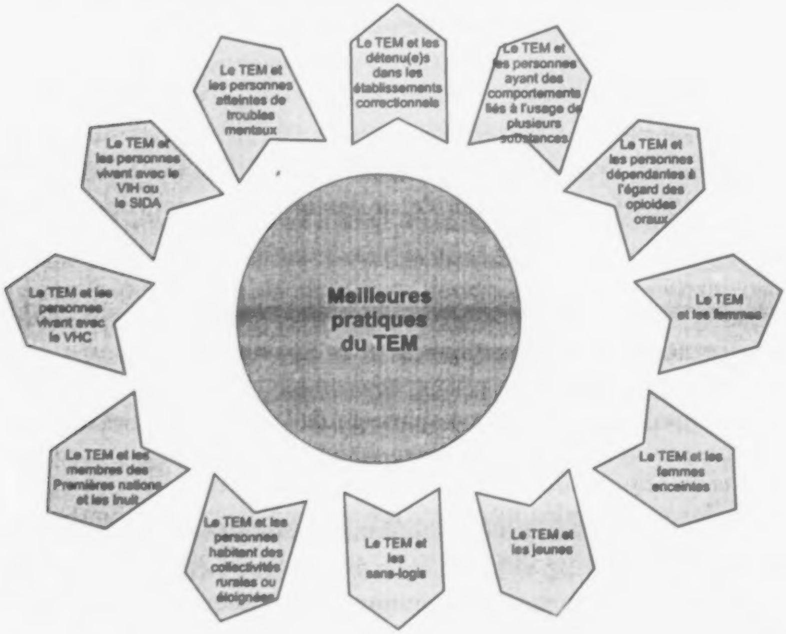
Les client(e)s ou patient(e) devraient avoir dès le début accès à des renseignements au sujet du programme. D'autres informations pertinentes devraient également être partagées avec les client(e)s ou patient(e) à des moments appropriés de leur traitement.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- Établir des protocoles en matière de partage de l'information entre les membres de l'équipe, y compris ceux et celles qui travaillent à l'extérieur, c'est-à-dire des avis aux médecins de famille, des liaisons avec d'autres agences et des aiguillages vers ces agences, des communications avec les pharmacies communautaires et autres.
- Respecter la confidentialité des client(e)s ou patient(e)s et garantir leur sécurité.
- Si possible, les pharmacies devraient aménager des secteurs privés dans lesquels la méthadone sera administrée.
- Le partage d'information avec les client(e)s ou patient(e)s est fondamental lorsqu'il s'agit de faire naître la confiance et d'entretenir des relations positives.
- Fournir dès le début une information écrite claire aux client(e)s ou patient(e)s.
- Établir des mécanismes de retours d'information pour les client(e)s ou patient(e)s et les membres de l'équipe.
- Établir un mécanisme d'appel juste, comme par exemple, une tierce partie ou un ombudsman neutre.
- Renseigner les client(e)s ou patient(e)s sur la façon de fournir des retours d'information ou de présenter une plainte.

# Section 7. Les meilleures pratiques du TEM – Répondre aux besoins des groupes particuliers

Meilleures pratiques du TEM –
Répondre aux besoins des groupes particuliers




Contrairement à l'image stéréotypée des drogués, la dépendance aux opiacés atteint les deux sexes dans divers groupes d'âge ainsi que des personnes de diverses cultures et conditions socio-économiques entretenant différents types de relations et vivant dans des situations familiales tout aussi différentes avec des circonstances de vie qui leur sont propres. Les client(e)s ou patient(e)s vivent autant dans les régions urbaines que rurales du pays et ils(elles) peuvent avoir, outre la dépendance aux opiacés, d'autres problèmes de santé physique ou mentale. Les besoins particuliers des client(e)s ou patient(e)s seront conditionnés notamment par ces facteurs. Les groupes de client(e)s ou patient(e)s suivants peuvent, en outre, avoir des besoins précis et faire face à certains obstacles :

- les personnes qui consomment plusieurs genres de drogues;
- les personnes dépendantes des opioïdes oraux;

- les femmes;
- les jeunes;
- les sans-logis;
- les personnes habitant des collectivités rurales ou éloignées;
- les client(e)s ou patient(e)s autochtones et Inuit;
- les personnes vivant avec le VHC;
- les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA;
- les personnes atteintes de troubles mentaux;
- les contrevenants dans les établissements correctionnels.

Pour certains de ces groupes, les renseignements sont plus faciles à obtenir que pour d'autres. Selon les données disponibles, on trouvera donc dans les sections suivantes quelques considérations importantes pour chacun d'eux.

## 7.1 Le TEM et l'utilisation de plusieurs substances

L'utilisation de plusieurs substances est très courant parmi les personnes dépendantes aux opiacés. Les praticiens qui administrent le traitement d'entretien à la méthadone auront presque certainement affaire à ce problème. La cocaïne et le crack sont d'un usage très courant et les client(e)s ou patient(e)s peuvent consommer jusqu'à quatre ou cinq substances psychoactives en même temps, notamment la cocaïne, le crack, les benzodiazépines, la marijuana, l'alcool et le tabac (Brooner et coll.; Nirenberg et coll., cité dans Stitzer et Chutuape, 1999, 87). Il a été démontré que l'usage des opioïdes (mais aussi de la cocaïne, de la marijuana et de l'alcool) baisse durant le traitement d'entretien à la méthadone (National Consensus Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, 1998, 1939; NIDA, 1995, 4-15).

Le maintien du traitement, y compris, par exemple, garder en traitement des client(e)s ou patient(e)s qui s'adonnent à la cocaïne tout en recevant un traitement d'entretien à la méthadone, peut contribuer à réduire les méfaits de l'usage continu des drogues. Bien que le TEM serve à traiter spécifiquement la dépendance aux opiacés, si les client(e)s ou patient(e)s profitent des services offerts dans le cadre du programme, ils ont plus de chances de changer de style de vie, d'éviter les amis qui se droguent et, en conséquence, de réduire leur consommation de drogue ou d'y mettre fin.

Quand les client(e)s ou patient(e)s ont des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie en plus de la dépendance aux opiacés, une série d'interventions cliniques peuvent être offertes conjointement au traitement d'entretien à la méthadone. Pour tout renseignement sur les approches efficaces du traitement des abus d'intoxicants, nous suggérons aux lecteurs de consulter le rapport de Santé

Canada sur les meilleures pratiques dans le traitement et la réadaptation des toxicomanes (Santé Canada, 1999c) ainsi que d'autres publications du Ministère à paraître sur des aspects particuliers du traitement et de la réadaptation.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

S'appliquer à réduire plutôt qu'à supprimer l'utilisation d'autres substances :

- ☞ Le traitement devrait viser à réduire les méfaits de l'abus des drogues plutôt qu'à supprimer toute consommation de drogue.
- ☞ Les programmes à faible seuil sont particulièrement importants pour atteindre les personnes qui abusent de plusieurs drogues à la fois; ces programmes garantissent que les personnes qui continuent à consommer d'autres drogues puissent continuer à recevoir le traitement d'entretien à la méthadone pour leur dépendance aux opiacés. Permettre à ces personnes de contacter des pourvoyeurs de services garde la porte ouverte à d'autres possibilités de traitement.

## 7.2 Le TEM et les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes oraux

Bien que les stéréotypes sur les drogués laissent entendre que toutes les personnes qui s'adonnent aux opioïdes sont des drogués habitués à s'injecter, ce n'est pas le cas. Nombreuses sont les personnes qui ingèrent les opioïdes par voie orale plutôt que par injection, tandis que d'autres les reniflent ou les fument (héroïne). Le traitement d'entretien à la méthadone est considéré comme une possibilité de traitement appropriée pour toute personne répondant aux critères DSM-IV sur la dépendance aux opiacés, quelle que soit la façon de l'administrer.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

Éducation et sensibilisation :

- ☞ Combattre les mythes selon lesquels les personnes s'adonnant aux opioïdes oraux ne peuvent recevoir le traitement d'entretien à la méthadone.
- ☞ Informer les consommateurs d'opioïdes oraux que le TEM est un traitement possible.

Traitement :

- ☞ Les signes de la dépendance aux opiacés peuvent être moins évidents chez les sujets qui consomment des opioïdes oraux.
- ☞ Le traitement administré aux patients externes par les médecins de famille peut être efficace pour les consommateurs d'opioïdes oraux et pour d'autres qui se les injectent, les reniflent ou les fument.

Contrôle de la douleur :

- La question du contrôle de la douleur est une question courante chez les consommateurs d'opioïdes oraux; les client(e)s ou patient(e)s peuvent avoir besoin de médicaments supplémentaires, de soins pour la douleur chronique ou les deux; les liens avec les cliniques de traitement de la douleur sont alors de première importance.

## 7.3 Le TEM et les femmes

Les obstacles pouvant limiter l'accès des femmes au traitement comprennent notamment :

- l'insuffisance des services d'approche pour les femmes;
- la stigmatisation des femmes qui s'adonnent à la drogue par la société et les milieux médicaux;
- l'absence de traitement adapté aux questions féminines, y compris un manque d'attention à l'égard des questions psychosociales et un counseling exclusivement axé sur l'abstinence;
- le manque de sensibilité aux différences culturelles et entre les hommes et les femmes dans les programmes de traitement;
- la peur de perdre la garde de leurs enfants;
- l'absence de services pour s'occuper des enfants et des autres dépendants.

À cause de ces obstacles qui empêchent les femmes opiomanes d'accéder au traitement dont elles ont besoin, quand celles-ci en subissent un, elles ont tendance à fonctionner généralement moins bien que les hommes et à avoir plus de problèmes médicaux, psychologiques, sociaux, familiaux, juridiques et économiques.

Des services complets pour les femmes devraient s'occuper des questions propres à celles-ci dans plusieurs secteurs différents, notamment :

- les traitements médicaux;
- les questions psychologiques, sociales et conjugales;
- les besoins économiques et juridiques;
- d'autres questions[39].

39 Pour tout renseignement sur les approches efficaces dans le traitement des femmes qui se droguent, voir Santé Canada (2001a).

### Soins médicaux administrés aux femmes opiomanes

Bien que toute personne admise au traitement doive subir un examen pour déterminer leurs besoins médicaux, les femmes ont souvent des problèmes médicaux plus sérieux que les hommes. Outre les problèmes reliés à l'injection de drogue mentionnés à la Section 4.6.1, les femmes semblent plus vulnérables en ce qui a trait au système reproducteur, présentent des difficultés gynécologiques et ont plus de chance d'être atteintes de MTS. Comparées aux opiomanes masculins, les femmes sont plus exposées à contracter le VIH, virus qui se transmet plus facilement pendant les rapports sexuels; en outre, les femmes ont plus tendance à payer leur drogue par des relations sexuelles sans protection. De plus, elles ont souvent des partenaires avec des comportements à risque (McCaul et Svikis, cité dans Jones, Velex, McCaul et Svikis, 1999, 254). Enfin, elles sont très exposées au VHC et à d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang (Santé Canada, 2000c, 18). Cela signifie que les femmes bénéficiant d'un traitement d'entretien à la méthadone peuvent avoir également besoin de soins médicaux comprenant :

- soins généraux;
- soins obstétriques et gynécologiques (voir Services pour les femmes enceintes ci-dessous);
- prévention, traitement ou les deux pour lutter contre l'infection par le VIH, le VHC ou d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang;
- prévention, traitement ou les deux pour les MTS;
- counseling sur la nutrition et traitement des troubles alimentaires;
- planification familiale.

### Questions psychologiques, sociales et conjugales

Selon Jones et coll. (1999, 253-254), les femmes qui utilisent des substances, comparées à celles qui ne consomment pas de drogue, ont plus souvent un profil familial associé à la drogue, ont plus souvent été agressées sexuellement dans leur enfance, fréquentent plus souvent des hommes qui s'adonnent à la drogue et sont plus souvent violentées par leurs partenaires. Elles sont plus sujettes aux troubles affectifs, aux tentatives de suicide, à la faible estime de soi, à l'angoisse et à la dépression. Elles ont plus de problèmes psychologiques, de problèmes sexuels irrésolus et de difficultés dans leurs relations conjugales et leur vie en société. Elles connaissent la solitude et l'isolement social, ont de la difficulté à socialiser et ont un cercle de soutien limité et peu d'amis et de relations amoureuses. Elles sont souvent séparées ou divorcées, passives dans leurs relations et manquent de confiance dans leur capacité de communiquer.

Le traitement pour les femmes devrait comporter des groupes exclusivement composés de femmes pour traiter les questions de dépression et d'angoisse, de violence physique, sexuelle et psychologique, de sexualité, de pertes et améliorer l'auto-efficacité.

Les femmes peuvent aussi avoir besoin d'autres traitements anti-drogue, d'apprendre à jouer leur rôle de mère, à communiquer, à résoudre les conflits et à contribuer à l'établissement d'un réseau de soutien.

### Besoins économiques et juridiques

Le traitement pour les femmes doit tenir compte de la vulnérabilité économique et juridique des femmes dépendantes à l'égard des opioïdes. Selon Jones et coll. (1999, 254-255), les femmes peuvent avoir un mauvais rendement au travail, dépendre économiquement d'un homme, travailler dans la prostitution ou échanger des faveurs sexuelles contre de la drogue, de la nourriture ou un toit. Elles peuvent aussi avoir de faibles capacités et peu de formation pour l'emploi et avoir eu des démêlés avec les autorités.

Certaines stratégies pour aider les femmes à améliorer leur situation économique et juridique pourraient prévoir une prise de contact avec des programmes offrant :

- formation professionnelle et acquisition de compétences;
- formation sur la façon de réussir les entrevues et acquisition de compétences pour l'emploi;
- programmes d'emploi;
- soutien pour conserver un emploi;
- gestion financière;
- accès aux services juridiques.

### Autres considérations

Compte tenu des nombreux obstacles auxquels se heurtent les femmes qui ont besoin du traitement, il existe plusieurs formes de soutien leur permettant de bénéficier d'un traitement et de s'y maintenir. Points à surveiller :

- soin des enfants durant le traitement;
- transport;
- logement sûr;
- alphabétisation;
- services d'approche (travailleurs et organismes communautaires).

### Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

Pour améliorer le traitement offert aux femmes, les programmes devraient fournir les éléments suivants :

- Dépistage des problèmes médicaux propres aux femmes.
- Accès à un plan de sécurité et à un logement sûr.
- Soutien et counseling pour traiter les questions de violence, y compris les services de stress post-traumatique.
- Counseling (individuel ou de groupe) par et pour les femmes.
- Programmes pour les femmes dans des secteurs comme :
  - la nutrition;
  - le tabagisme;
  - la santé (questions de reproduction : sexualité, menstruations, méthodes contraceptives (combinées au TEM) et les pratiques sexuelles sans risques. Les femmes peuvent être les dernières à utiliser une seringue et courent un plus grand risque de recevoir une injection administrée par leur partenaire. Les responsables des programmes devraient être ouverts et réceptifs à l'égard des femmes travaillant dans la prostitution; ils devraient reconnaître que les femmes qui consomment de l'héroïne, même si elles n'ont pas des menstruations régulières, doivent quand même prendre des contraceptifs.
  - le rôle de parent;
  - l'initiation à l'assertivité;
  - l'amélioration de l'estime de soi;
  - des relations saines;
  - l'emploi (recommandations, moniteurs de formation, etc.).
- Il faudrait établir des liens avec d'autres traitements de l'utilisation de substances axés sur les femmes.
- Les membres de l'équipe devraient recevoir une formation sur les relations entre les sexes.

## 7.4 Le TEM et les femmes enceintes

Les femmes enceintes s'adonnant aux opioïdes sont mal nourries, manquent de repos, ont peu d'accès aux soins gynécologiques et sont exposées à des fluctuations du niveau de drogue dans le sang (opioïdes et autres), ainsi qu'aux infections et aux contaminants liés à l'injection de drogue. Elles sont exposées à une vaste gamme de problèmes obstétricaux (Jones et coll., 1999, 260).

Le traitement d'entretien à la méthadone est considéré comme la norme pour le soin des femmes enceintes qui sont opiomanes. Il présente les avantages potentiels suivants :

- utilisation plus sûre des opioïdes sous surveillance médicale (approvisionnement stable, pur, absence de fluctuations de la concentration dans le sang, pas d'exposition aux contaminants);
- meilleurs soins prénatals;
- meilleure croissance fœtale;
- baisse de la mortalité fœtale;
- meilleures chances de mener la grossesse à terme;
- moins de complications pendant l'accouchement;
- moins de risques de transmission du VIH (ainsi que du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang) (y compris un plus faible risque de transmission du VIH au bébé[40]);
- moins de cas de prééclampsie et de syndrome de sevrage néonatal;
- meilleures chances pour que l'enfant soit remis à la garde de ses parents;
- meilleur taux de fidélité au traitement (Kandall et coll.; Finnegan; Svikis et coll., cités dans Jones et coll., 1999, 258).

Le traitement d'entretien à la méthadone pendant la grossesse est une occasion d'offrir des soins médicaux et obstétricaux en plus du traitement de la dépendance aux opiacés. Des services complets intégrés pour les opiomanes enceintes devraient comprendre les éléments suivants :

- une dose de méthadone appropriée et une surveillance du dosage (voir la section 5.3 - Dosage individualisé suffisant);
- le traitement médical primaire des troubles médicaux liés aux drogues et des comorbidités;
- l'évaluation, la surveillance, le traitement et le soutien nécessaires dans les cas d' infections par le VIH, le VHC et les autres agents pathogènes véhiculés par le sang, pour les mères ainsi que pour les nourrissons au besoin;
- une surveillance périnatale intensive dans le cas d'une grossesse à risque élevé;
- des soins prénatals dispensés sans porter de jugement, y compris des heures de clinique spéciales;
- l'accès à l'analgésie ou l'anesthésie pendant le travail ou l'accouchement et administration d'opioïdes après la naissance;

40 Selon le National Consensus Development Panel on Effective Medical Traitement of Opiate Addiction (1998, 1939), les femmes VIH séropositives qui reçoivent un TEM ont plus de chances d'être traitées à l'aide de médicaments afin de réduire le taux de transmission du VIH à leurs nourrissons.

- du travail en groupes composés uniquement de femmes et un counseling psychosocial portant sur une vaste gamme de questions;
- des programmes prénatals et d'initiation au rôle de parents destinés aux femmes seulement;
- des évaluations et services de santé mentale;
- l'encouragement de l'allaitement (les femmes qui ont contracté le VIH, le VHC ou d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang devraient discuter en profondeur avec leur médecin les avantages et les inconvénients de l'allaitement).

### La méthadone et les nouveau-nés

On a déjà mentionné (voir la section 5.3 - Dosage individualisé suffisant) que le niveau des doses pendant la grossesse devrait être déterminé par les besoins de chaque femme. Il n'existe pas de preuves irréfutables que la réduction de la dose de méthadone d'une femme aide à réduire la gravité ou le risque du syndrome de sevrage néonatal (Kaltenbach et coll., 1998, 147-148).

Après la naissance du bébé, son traitement approprié comprend :

- l'évaluation et la surveillance du syndrome de sevrage néonatal au moyen d'instruments spécialement conçus;
- médicament approprié, au besoin[41].

### Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

- Au moment de la naissance, on ne doit pas supposer que les bébés sont déjà dépendants à l'égard des opioïdes, mais plutôt procéder à une évaluation appropriée.
- Les femmes enceintes dépendantes à l'égard des opioïdes devraient être admises en priorité au traitement d'entretien à la méthadone, et devraient pouvoir s'y présenter à partir de nombreux points d'entrée.
- Les programmes doivent reconnaître que la crainte de se faire enlever leur enfant est un problème clé pour les clientes ou patientes.
- Les programmes doivent assurer un soutien intensif immédiat, en plus de services et de soutiens à long terme.
- Les programmes devraient encourager la participation du conjoint, si la femme le désire.

41 On trouvera des renseignements additionnels sur le traitement d'entretien à la méthadone et les nouveau-nés dans l'ouvrage de Brands et coll. (2000, 239-240).

À court terme :

- ☞ Assurer l'accès à des services obstétricaux pour grossesses à risque élevé;
- ☞ Faire participer la cliente ou patiente à tout le processus de prise de décisions;
- ☞ Établir des consultations étroites et de bonnes communications entre l'équipe responsable du programme de TEM et tou(te)s les autres intervenant(e)s en matière de soins prénatals ou post natals (obstétriciens, travailleurs(euses) sociaux(ales) et autres);
- ☞ Diriger la cliente ou patiente vers des praticiens qui se spécialisent dans le traitement des femmes enceintes dépendantes à l'égard des opioïdes, par exemple, certains médecins et hôpitaux possèdent la capacité particulière de s'occuper des femmes enceintes opiomanes;
- ☞ Mettre au point des protocoles clairs; l'admission doit se faire à l'étage réservé aux maternités, pas au service de psychiatrie;
- ☞ Renseigner les femmes enceintes sur :
  - la méthadone et la grossesse;
  - le risque de fausse couche;
  - les intéractions entre les drogues;
  - le contrôle de la douleur physique pendant l'accouchement;
  - la participation des services de protection de l'enfance (nota : des liens doivent être établis avec ces services, mais on devrait mettre l'accent sur l'aide apportée à la mère pour qu'elle puisse conserver la garde de son enfant, tout en s'occupant activement de la protection de l'enfant.

À plus long terme :

- ☞ Il devrait y avoir une évaluation de suivi après la fin de la grossesse, afin d'établir la façon de déterminer si le traitement d'entretien à la méthadone est encore le choix de traitement le plus approprié.
- ☞ Assurer un soutien parental.

## 7.5 Le TEM et les jeunes

Même si la recherche passée en revue par plusieurs organismes nationaux a démontré que les jeunes, et particulièrement ceux de la rue, sont particulièrement exposés à contracter le VIH, le VHC et les autres agents pathogènes véhiculés par le sang à la suite de l'usage de drogues injectables et du partage des seringues (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1999, 175-176; Santé Canada, 2000c, 1,6; Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 1999,11), on a besoin de beaucoup plus d'information et de recherches sur le TEM et les jeunes, particulièrement les jeunes de la rue[42]. Selon un praticien connu dans ce domaine, la méthadone n'est pas indiquée à titre de

42 Nous encourageons les lecteurs à consulter la publication de Santé Canada sur les jeunes et l'abus des intoxicants (Santé Canada, 2001b).

thérapie de première ligne pour les opiomanes adolescent(e)s, parce qu'il n'existe pas pour le moment de lignes directrices fondées sur des preuves pouvant être appliquées à cette population. Dans certains cas, toutefois, la méthadone pourrait être un choix raisonnable[43]. Les recommandations concernant la surveillance des adolescents (de moins de 18 ans) qui sont dépendants à l'égard des opioïdes comprennent : 1) une évaluation du mode d'utilisation, de la quantité utilisée, de la fréquence de cette utilisation, de l'usage d'autres intoxicants, des symptômes de sevrage, des tentatives antérieures d'abandonner, des problèmes médicaux, des troubles psychiatriques, des médicaments, des soutiens sociaux et autres; 2) la surveillance du sevrage au moyen de médicaments appropriés, l'adoption du traitement, soit avec hospitalisation, soit, si possible, dans un milieu où l'on dispense un traitement de jour; la surveillance de la tension artérielle (de base et pendant le traitement[44]) ; et, le traitement des symptômes de sevrage connexes. Si le(la) client(e) ou patient(e) est stable, on pourra penser à la possibilité de continuer le sevrage graduel en clinique externe. On doit aviser les adolescent(e)s qu'une fois sevrés de l'héroïne ou des autres opioïdes, il est essentiel qu'ils(elles) continuent leur traitement, à cause du taux élevé de rechute dans l'usage d'opioïdes[45].

### Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

- Les fournisseurs de services devraient discuter avec les jeunes d'autres possibilités de traitement avant d'entreprendre le TEM.
- Le TEM devrait faire partie d'une suite continue de services externes pour les jeunes; il faut des liens avec les services de logement, de santé mentale, d'alimentation, de formation professionnelle, d'éducation, de counseling au sujet des traumatismes et d'autres questions, et les autres fournisseurs de services doivent être au courant du traitement d'entretien à la méthadone et l'accepter.
- Il faut des politiques souples concernant le traitement et une gamme de choix de traitements, y compris des programmes à seuil bas qui pourraient être utiles pour obtenir l'engagement des jeunes (pas de rendez-vous, des services psychosociaux assurés au besoin) et faire participer les travailleurs des services d'approche et les travailleurs sur le terrain à une approche axée sur les jeunes.

---

43 Le but de ce document n'est par de fournir aux lecteurs et lectrices une information suffisante pour prescrire ou administrer la méthadone à des patient(e)s ayant moins de 18 ans. Les lecteurs (trices) doivent consulter leur organisme de réglementation ainsi que les lignes directrices fédérales (Santé et Bien-être social Canada, (1992), et les directives provinciales existantes, pour de plus amples informations sur la façon de prescrire la méthadone à cette population.

44 Les adolescentes pourraient faire de l'hypotension artérielle ce qui pourrait indiquer le besoin d'une surveillance étroite de l'hypotension symptomatique, particulièrement l'hypotension orthostatique.

45 Dre Karen Leslie, pédiatre hospitalière, Division de la médecine des adolescents, Hospital for Sick Children, Professeure adjointe en pédiatrie, Université de Toronto; communication personnelle, mars 2001.

- Il faut des programmes séparés de ceux des adultes.
- L'entretien peut être pour une période relativement courte (un ou deux ans) plutôt que pour toute la vie.
- Il faut des critères précis pour l'entretien : la durée de participation, les risques causés par le style de vie et autres.
- La nécessité du consentement des parents peut être un problème, dépendant des restrictions fondées sur l'âge, qui varient d'un secteur de compétence à l'autre.

## 7.6 Le TEM et les sans-logis

On a besoin de plus de renseignements et de recherches portant sur le TEM et les besoins des sans-logis.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- Le service d'approche est la clé.
- Mettre l'accent sur l'engagement par le biais de programmes à seuil bas, comme des bureaux de quartiers avec des heures flexibles ou prolongées, des services mobiles dans des fourgonnettes, des médecins dans les asiles de nuit et autres. Les personnes qui vivent dans la rue pourraient être incapables de s'adresser à d'autres programmes.
- Il faut des liens avec les services de logement, de soutien du revenu, d'intervention, de counseling, de soins médicaux, de santé mentale.
- Accès à des douches, des vêtements, des aliments.
- Une éducation sur la façon de prévenir la transmission du VIH, du VHC et des autres agents pathogènes véhiculés par le sang (ne pas partager les seringues ou le matériel d'administration de drogue).
- Les doses à prendre à la maison pourraient être à déconseiller pour les gens qui sont incapables d'entreposer leurs médicaments de façon sûre (bouteilles cassées et autres).

## 7.7 Le TEM et les personnes habitant des collectivités rurales ou éloignées

Dans les collectivités rurales ou éloignées, les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes pourraient ne pas avoir accès du tout, ou un accès limité, au traitement d'entretien à la méthadone. Les obstacles possibles comprennent le manque de médecins locaux autorisés à prescrire la méthadone, le manque de pharmacies communautaires pour remplir les ordonnances de méthadone, l'absence de services de traitement lié à l'utilisation de substances, le manque d'anonymat des services locaux et les difficultés à se faire transporter vers les services offerts ailleurs ou à défrayer le coût du transport.

Offrir des services adéquats en milieu rural et dans les endroits éloignés présente un défi dans le cas de tous les services de santé, aussi bien que du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies en général. Dans le cas de la méthadone, toutefois, il peut y avoir certaines complications particulières, y compris, entre autres, la façon d'entreprendre un traitement adéquat avec des niveaux suffisants d'évaluation et de surveillance, d'administrer la méthadone et de surveiller l'usage d'autres drogues pendant le traitement.

Selon les ressources disponibles dans la communauté, il pourrait être difficile d'assurer une approche globale devant le traitement, comportant des liens avec la gamme complète des services et des soutiens dont les client(e)s ou patient(e)s pourraient avoir besoin. De plus, les praticiens pourraient ne pas avoir accès aux informations et aux services de soutien.

Un meilleur accès au traitement d'entretien à la méthadone dans les collectivités rurales ou éloignées présente un problème important. Il y a des indices anecdotiques que certain(e)s client(e)s ou patient(e)s n'entreprendront pas de traitement à la méthadone s'ils (si elles) ont l'intention de retourner vivre dans une communauté où ils(elles) seront incapables d'obtenir des services de traitement.

## Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

- Éduquer le public et les praticiens; mieux les sensibiliser à la réalité de la dépendance aux opiacés dans ces régions.
- Obtenir la contribution de la communauté locale pour la mise au point et la surveillance du programme :
  - favoriser les liens (par exemple au moyen de groupes sans caractère officiel ou consultatifs) à l'intérieur de la communauté entre toutes les parties intéressées, y compris les médecins, les pharmacien(ne)s, les commissions d'hygiène et de santé publique, les hôpitaux, la police, les services correctionnels, les services de traitement des alcooliques et toxicomanes et les autres fournisseurs de services de santé;
  - établir des marchés de services, des protocoles, des mécanismes de communication;
  - former des réseaux organisés de soutien; prévoir un système organisé de soutien pour les médecins des petites collectivités.
- Accroître le niveau des services locaux (pour les ordonnances, la distribution, le counseling) :
  - recruter les médecins de famille de la localité;
  - recruter des médecins visiteurs qui travailleront avec les fournisseurs de services locaux;

- enseigner à des infirmiers et infirmières de première ligne comment fournir le traitement;
- établir des cliniques satellites de traitement de l'utilisation des substances auprès des sources de services et des fournisseurs locaux (voir ci-dessous);
- offrir le TEM par l'entremise de services de santé mentale;
- créer des installations mobiles comme des fourgonnettes qui pourront assurer l'échange des seringues et le traitement à la méthadone.

☞ Intégrer les services centralisés avec les ressources locales :

- établir des protocoles clairs avec des praticiens locaux (c'est-à-dire donner aux client(e)s ou patient(e)s un soutien adéquat leur permettant de se rendre à un endroit central pour entreprendre le traitement et stabiliser leur état, avec un suivi au niveau local, et fournir des doses à prendre à la maison);
- permettre la transmission des ordonnances de méthadone par télécopieur aux pharmacies communautaires;
- étudier d'autres façons de procéder en ce qui concerne la surveillance et les analyses toxicologiques d'urine;
- reconnaître le besoin de souplesse quand les circonstances locales l'exigent;
- prévoir des mécanismes adéquats de partage de l'information, par exemple un numéro de téléphone sans frais accessible 24 heures sur 24 pour des conseils spécialisés, un centre de documentation, du courriel et autres;
- offrir des occasions de formation (initiale et continue) et de mentorat :
  - une formation en personne (réunions, ateliers, conférences);
  - éducation à distance (vidéos, conférences vidéos, Internet);
  - un mentorat fondé sur des relations personnelles (plutôt qu'institutionnelles).

## 7.8 Le TEM et les membres des Premières nations et les Inuit

Bien qu'il existe peu ou pas de documentation sur le TEM et les client(e)s ou patient(e)s faisant partie des populations autochtones, beaucoup de recherches ont porté sur la question de l'accès aux services de santé appropriés dans les collectivités des Premières nations et des Inuit. L'usage des drogues injectables et les risques d'infection par le VIH, le VHC et les autres agents pathogènes véhiculés par le sang présentent un sujet de préoccupation croissante (Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 1999, 1; Santé Canada, 2000c, 1). Les peuples autochtones sont sur-représentés au sein de la population des gens qui utilisent les drogues injectables dans les quartiers pauvres des villes et chez la clientèle des programmes d'échange de seringues et des services de counseling et d'aiguillage (Santé Canada, 1999b, 3). Une proportion croissante des cas de SIDA chez les Autochtones sont causés par l'usage des drogues injectables : ces drogues sont le principal facteur de

risque chez les femmes autochtones (Santé Canada, 1999a, 2). Bien que certaines questions préliminaires se rapportant au traitement d'entretien à la méthadone aient été cernées (voir ci-dessous), on a besoin de consultations continues avec les Premières nations (dans les réserves et à l'extérieur) et les collectivités inuit au sujet du besoin de traitement d'entretien à la méthadone et de la façon de l'aborder.

## Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

Recherche :

- Travailler avec les organismes des Premières nations et des Inuit afin de procéder à des sondages auprès des client(e)s ou patient(e)s faisant partie de ces collectivités et des fournisseurs de services dans les programmes existants, afin de cerner les besoins additionnels.

Consultation communautaire :

- Apprendre à connaître et comprendre ces collectivités avant de demander des consultations, c'est-à-dire se renseigner sur les processus dont elles ont besoin pour inviter d'autres participants; obtenir leur consentement.
- Utiliser des mécanismes et processus appropriés pour consulter les collectivités des Premières nations et des Inuit au sujet de la question de la dépendance aux opiacés.

Développement communautaire :

- Le transfert des responsabilités concernant les services de santé se trouve à des étapes différentes selon les communautés, et il s'agit d'un aspect important du contexte.
- On pourrait avoir besoin d'initiatives éducatives communautaires afin de procéder à une sensibilisation et de surmonter les obstacles posés par les attitudes négatives.

Mise au point des programmes :

- Établir des programmes qui tiennent compte des différences culturelles.
- Faire de la place aux questions spirituelles et aux modes de guérison autochtones.
- Inclure des conseillers venant des Premières nations et du peuple inuit au sein des équipes responsables des programmes.
- Créer des programmes dans les réserves.

## 7.9 Le TEM et les personnes vivant avec le VHC

Étant donné la prévalence élevée du virus de l'hépatite C (VHC) chez les utilisateurs(trices) de drogues injectables au Canada[46] et l'extrême nocivité du VHC[47], de nombreuses personnes qui se présentent pour recevoir le traitement d'entretien à la méthadone seront déjà VHC séropositives dès le commencement du traitement, ou le deviendront pendant leur traitement. Les programmes de TEM devraient être prêts à reconnaître, évaluer, surveiller, appuyer et étudier les choix de traitements disponibles pour ces personnes. Par exemple, la vaccination contre l'hépatite A pourrait aider à empêcher les client(e)s ou patient(e)s VHC séropositives de contracter une autre infection susceptible d'accroître le risque de défaillance hépatique et de décès (Vento et coll., cités dans Novick, 2000, 443).

Les personnes atteintes de maladie chronique stable du foie peuvent continuer sans danger à recevoir le traitement d'entretien à la méthadone pendant de nombreuses années (Novick, 2000, 439), mais il faut parfois faire preuve de prudence. Dans certains cas, le traitement de l'infection par le VHC peut être assuré de concert avec l'administration de la méthadone. Il pourrait également être nécessaire d'établir des liens avec des cliniciens spécialisés de la communauté.

Le traitement de l'infection par le VHC est un domaine en évolution, et les fournisseurs de traitement devraient se familiariser avec un certain nombre de questions pertinentes, comme l'efficacité du traitement, ses effets secondaires, les contraintes en matière d'admissibilité, les contre-indications et les différences quant à la portée des régimes d'assurance-maladie en ce qui concerne ce traitement. Les fournisseurs devraient également être au courant du fait que de nouveaux traitements prometteurs pourraient devenir disponibles dans un avenir rapproché[48].

---

46 Chez les personnes qui s'injectent des drogues, le taux d'infection par le virus de l'hépatite C est très élevé. Des estimations établies au niveau international le placent entre 50 p. 100 et 100 p. 100 (Finch, cité dans Santé Canada, 2000c, 1). Au Canada, 70 p. 100 de toutes les infections courantes par le VHC sont liées à l'usage des drogues injectables (LLCM, cité dans Santé Canada, 2000c, 6).

47 Le VHC est de 10 à 15 fois plus infectieux par contact avec le sang que le VIH (Heintges et Wands, cités dans Santé Canada, 2000c, 1).

48 Deux articles récents dans ce domaine ont été rédigés par Hagan et Des Jarlais, 2000 et par Novick, 2000.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

L'exécution des programmes :

- Doit prévoir des tests de dépistage de l'infection par le VHC.
- Doit comprendre le traitement primaire de l'infection par le VHC, y compris une surveillance régulière de la fonction hépatique des personnes VHC séropositives, et leur aiguillage au besoin vers des traitements spécialisés.

## 7.10 Le TEM et les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA

Étant donné la prévalence de l'infection par le VIH chez les utilisateurs(trices) de drogues injectables, les personnes qui entreprennent le traitement d'entretien à la méthadone seront déjà VIH séropositives dès le début du traitement, ou risquent de le devenir pendant leur traitement s'ils(si elles) continuent leur comportement à risque élevé. En particulier, les femmes toxicomanes sont plus exposées à contracter une infection par le VIH que les hommes se trouvant dans la même situation (McCaul et Svikis, cités dans Jones et coll., 1999, 252-253).

Un aspect important du traitement médical des client(e)s ou patient(e)s des programmes de traitement à la méthadone comprendra les soins et le soutien nécessaire aux personnes qui vivent avec le VIH ou le SIDA. Parmi les autres avantages possibles du TEM, la stabilisation au moyen de la méthadone pourrait aider les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes et qui sont en même temps VIH séropositives à se conformer à leur régime de traitement.

Il est nécessaire que les fournisseurs de traitements connaissent bien la façon de traiter les client(e)s ou patient(e)s VIH séropositifs(ves). Par exemple, les praticiens qui administrent le traitement d'entretien à la méthadone devraient être au courant des risques particuliers aux personnes qui vivent avec le VIH ou le SIDA, notamment :

- les risques de morbidité directement liés à l'usage des drogues injectables (endocardite, abcès et présence simultanée d'une infection par le VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang);
- les taux plus élevés de pneumonie bactérienne et de tuberculose;
- a possibilité de se trouver infectées par un VIH de source chimio-résistante en cas de négligence quant à l'utilisation des médicaments anti-rétrovirus;
- la possibilité d'intéractions entre les drogues[49].

---

49 Nous encourageons les lecteurs qui désirent de plus amples informations au sujet des intéractions possibles entre la méthadone et les médicaments utilisés pour traiter le VIH ou le SIDA à consulter Brands et Janecek (2000), ainsi que Gourevitch et Friedland (2000).

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

Accès au TEM pour les personnes vivant avec le VIH ou exposées à le contracter :

- L'approche est la clé.
- Les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes et qui vivent avec le VIH ou le SIDA devraient avoir un accès prioritaire au TEM.
- On devrait offrir le TEM aux client(e)s ou patient(e)s par l'entremise des cliniques de MTS et des programmes à seuil bas.

Dispensation du programme :

- Comprend les tests de dépistage de l'infection par le VIH.
- Comprend le traitement primaire du VIH ou du SIDA, avec par exemple :
  - un traitement approprié de la dépendance aux opiacés et du VIH ou SIDA, c'est-à-dire une thérapie combinée;
  - le contrôle de la douleur physique.
- Comprend l'éducation des client(e)s ou patient(e)s visant à faire baisser l'usage et le partage des seringues, ainsi que les autres comportements qui présente un risque de transmission du VIH.
- Des protocoles appropriés concernant les liaisons avec les services de santé publique, la déclaration, la confidentialité des client(e)s ou patient(e)s.

Éducation :

- Sensibiliser les personnes travaillant dans le domaine du VIH ou du SIDA aux besoins des personnes recevant un traitement d'entretien à la méthadone.
- Accroître les efforts actuels d'établissement de liens et d'échanges entre les personnes travaillant dans le domaine du VIH et du SIDA et qui dispensent aussi le TEM.

## 7.11 Le TEM et les personnes atteintes de troubles mentaux

La prévalence des troubles mentaux est très élevée chez les personnes dépendantes à l'égard des opioïdes. Les plus courants comprennent la dépression grave, le trouble dysthymique, le trouble de personnalité antisocial et d'autres troubles de la personnalité, le trouble anxieux, le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention. On trouvera dans le tableau ci-dessous de l'information tirée d'un vaste examen de la documentation effectué par King et Brooner (1999).

Les différences entre les hommes et les femmes, en ce qui concerne la prévalence des troubles mentaux, sont les mêmes que dans le cas de l'ensemble de la population. De plus, les femmes opiomanes connaissent plus de troubles anxieux et de dépressions que les hommes se trouvant dans la même situation. Par exemple, il est plus courant de diagnostiquer des troubles tels que le trouble de personnalité

antisocial chez les hommes, alors que les femmes semblent avoir des taux beaucoup plus élevés de psychopathologie, si on se fonde sur des mesures mondiales (Ward et coll., 1998, 432).

Les client(e)s ou patient(e)s souffrant de troubles de santé mentale sont plus exposé(e)s à faire usage d'autres substances pendant et après leur traitement et à se prêter à des comportements à risque comme le partage des seringues (King et Brooner, 1999, 162; Brooner et coll.; Brooner et coll.; Gillet et coll., cités dans Abbott, Moore, Weller et Delaney, 1998, 35). Reconnaître et traiter les troubles de santé mentale peut aider à améliorer les résultats du traitement d'entretien à la méthadone, y compris le taux de rétention (King et Brooner, 1999, 152).

Les programmes d'entretien à la méthadone offrent une occasion clé de reconnaître et de traiter les troubles de santé mentale chez les client(e)s ou patient(e)s. Les programmes pourraient être en mesure d'assurer :

- l'accès aux services d'évaluation et de traitement de la santé mentale, de psychothérapie et de counseling;
- un milieu stable (présence quotidienne, règles claires et autres);
- l'administration d'autres médicaments en même temps que les doses de méthadone;
- l'accès aux traitements médicaux;
- des occasions de forger des relations avec les fournisseurs de soins de santé mentale;
- l'attachement au travail;
- la participation à des programmes de réadaptation psychosociale.

## Tableau 1 : Prévalence de troubles mentaux en comorbidité (à partir de King et Brooner, 1999, 144-146)

**Prévalence des troubles de l'humeur**

- grave dépression (vie durant) : 15,8 p. 100 - 53,9 p. 100
- grave dépression (actuelle) : 0 p. 100 - 26,3 p. 100 (les taux moins élevés pourraient être dus à la durée de stabilisation dans le traitement, à l'inclusion de personnes qui ne reçoivent pas de traitement, et à l'absence de périodes d'évaluation uniformes)
- trouble bipolaire (vie durant et actuel) : 1 p. 100 (égal à l'ensemble de la population)
- trouble dysthymique : 3 p. 100 - 15 p. 100

**Prévalence des troubles anxieux**

- phobies (vie durant) : 2.3 p. 100 - 9.6 p. 100
- phobies (actuel): peut atteindre jusqu'à 9,2 p. 100
- trouble anxieux généralisé (vie durant) : peut atteindre jusqu'à 5,4 p. 100
- trouble anxieux généralisé (actuel) : 1 p. 100
- trouble de panique (vie durant) : peut atteindre jusqu'à 2 p. 100
- trouble de panique (actuel) : moins de 1 p. 100
- trouble obsessionnel – compulsif (vie durant) : moins de 2 p. 100 (relativement rare)
- trouble obsessionnel – compulsif (actuel) : 1 p. 100 ou moins (relativement rare)

**Prévalence des troubles de la personnalité**

- taux d'ensemble des troubles de la personnalité : élevé, 34,8 p. 100 - 68 p. 100
- trouble de personnalité antisocial :14,5 p. 100 à 54,7 p. 100 (le trouble de la personnalité le plus commun)
- trouble de la personnalité limite : 3,7 p. 100 - 12,1 p. 100
- trouble évitant : 5 p. 100
- trouble passif-agressif :4 p. 100
- trouble paranoïde : 3 p. 100

**Prévalence des autres troubles mentaux**

- schizophrénie : 1 - 2 p. 100 (assez rare)
- trouble alimentaire (vie durant) : plus de 1 p. 100 chez les femmes (un diagnostic actuel est rare)
- trouble de stress post-traumatique (vie durant) : 8,3 p. 100 chez les utilisateurs de cocaïne ou d'opiacés (problème considérable)
- trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) : un cinquième des client(e)s ou patient(e)s ont des antécédents de THADA; 12 p. 100 présentent des symptômes actuels

L'évaluation des troubles de santé mentale doit se fonder sur des instruments normalisés. Les évaluations cliniques doivent être faites à partir des critères normalisés de diagnostic contenus dans le DSM-IV.

Pour être en mesure de reconnaître et de traiter les troubles de santé mentale indépendants, il faut d'abord s'assurer que les symptômes ne sont pas causés par d'autres troubles médicaux ou par l'usage d'autres substances. Par exemple, certaines substances, comme la méthadone, la marijuana, la caféine, la nicotine, l'alcool, la cocaïne, les benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques non barbituriques, peuvent soit provoquer des symptômes qui suggèrent une dépression, soit nuire au contrôle d'un désordre de l'humeur. Il faut, pour déceler l'influence des troubles provoqués par les substances, procéder à une évaluation spécialisée qui tienne compte de la façon dont les symptômes réagissent aux augmentations ou aux réductions de l'usage des drogues, ou encore aux périodes d'abstinence (King et Brooner, 1999, 154).

Étant donné le grand nombre de client(e)s ou patient(e)s affecté(e)s par des troubles de santé mentale, les programmes devraient être prêts à s'occuper des problèmes affectant les client(e)s ou patient(e)s aussi bien que les membres de l'équipe et qu'on peut associer à ces troubles, notamment :

- la clochardise chez les client(e)s ou patient(e)s;
- les accès de colère chez les client(e)s ou patient(e)s (voir la section 6.0 - Les meilleures pratiques du TEM - Le milieu et l'équipe responsable du programme);
- le désespoir et la colère des membres du personnel qui se sentent dépassés;
- le risque pour les membres de l'équipe de blâmer les client(e)s ou patient(e)s pour leurs problèmes;
- la stigmatisation des personnes atteintes de troubles de santé mentale et de celles qui utilisent les drogues.

### Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

Accès au traitement :

- Élargir les services d'approche.
- Accroître les services se rapportant à l'utilisation des substances illégales.

Exécution du programme :

- Établir des partenariats avec les services de santé mentale de la communauté, pour que les client(e)s ou patient(e)s qui ont été stabilisé(e)s au moyen du TEM puissent être orienté(e)s vers ces services et y être admis(es) pour traitement.
- Inclure des praticiens de la santé mentale au sein de l'équipe responsable du programme et assurer de bonnes communications entre tous les membres de l'équipe.
- Offrir le TEM dans les établissements de santé mentale.

- ☞ Stabiliser d'abord les client(e)s ou patient(e)s au moyen de la méthadone, puis évaluer les troubles de santé mentale primaires et secondaires.
- ☞ Recourir aux médecins de famille pour le suivi.

Éducation :

- ☞ Mieux sensibiliser les praticiens de la santé mentale et surmonter les obstacles liés aux attitudes.
- ☞ Renseigner les praticiens de la santé mentale au sujet de la nécessité d'une thérapie combinée; il n'est pas nécessaire de sevrer les client(e)s ou patient(e)s de la méthadone avant de traiter leurs autres troubles mentaux.
- ☞ Renseigner les praticiens sur l'usage des substances et les questions de santé mentale s'y rapportant.

## 7.12 Le TEM et les détenu(e)s dans les établissements correctionnels

Depuis quelques années, plusieurs rapports nationaux ont attiré l'attention sur la question de l'usage des drogues dans les établissements correctionnels du Canada, y compris la sur-représentation d'utilisateurs de drogues injectables au sein des populations de détenu(e)s, la prévalence de l'injection des drogues et du partage des seringues pendant l'incarcération et les risques de transmission du VIH, du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang (Réseau juridique canadien VIH/SIDA et Société canadienne du SIDA, 1996; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association canadienne de santé publique, 1997; Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 1999)[50].

Au niveau international, ainsi qu'au Canada, l'accès au traitement d'entretien à la méthadone pour les contrevenants opiomanes a été reconnu comme une stratégie clé de réduction des méfaits des drogues, et de nombreuses recommandations se rapportant à la méthadone ont été présentées dans le but de réduire les méfaits liés à l'usage des drogues dans les établissements correctionnels.

Les experts suggèrent un certain nombre de moments différents pendant lesquels le traitement d'entretien à la méthadone devrait être fourni aux délinquant(e)s, notamment :

---

50 Dans un établissement correctionnel du Québec, par exemple, 38 p. 100 des femmes contrevenantes ont déclaré s'être injectées des drogues avant leur incarcération, et la moitié d'entre elles avaient partagé des seringues. De celles qui s'étaient déjà injectées des drogues, 11 p. 100 ont déclaré l'avoir fait pendant leur incarcération, et 92 p. 100 de ces dernières avaient partagé des seringues. Chez les contrevenants étudiés, 26 p. 100 ont déclaré s'être injectés des drogues avant leur incarcération, dont la moitié avaient partagé des seringues. Chez ceux qui s'étaient déjà injectés des drogues, 2 p. 100 ont déclaré l'avoir fait pendant leur incarcération, et la plupart de ces derniers (92 p. 100) avaient partagé des seringues (Dufour et coll., cités dans Santé Canada, 2000a,2).

- *L'arrivée dans l'établissement correctionnel.* Comme il y a un si grand nombre d'utilisateurs(trices) de drogues injectables en prison, le sevrage des opioïdes est très courant. On devrait donc assurer le traitement des symptômes de sevrage.
- *Pendant l'incarcération.* Il existe des taux beaucoup plus élevés de comportements à risque se rapportant à l'injection de drogues en prison. L'entretien à la méthadone aide probablement à limiter la transmission du VIH (bien que des preuves documentaires de la transmission du VIH dans les établissements correctionnels soient difficiles à obtenir), et peut-être même la transmission du VHC et des autres agents pathogènes véhiculés par le sang. D'autres stratégies de prévention, comme l'échange des seringues et les programmes de désinfection à l'eau de javel ne sont pas couramment disponibles en milieu carcéral ou ne sont pas particulièrement efficaces (Dolan, Hall et Wodak, 1998, 383-384, 389). Il faut que les programmes répondent aux besoins des personnes qui commencent à s'injecter des drogues pendant leur incarcération aussi bien que de celles qui étaient déjà dépendantes à l'égard des opioïdes au moment de leúr arrivée en prison.
- *Préparation à la libération.* Fournir de la méthadone aux détenu(e)s qui se préparent à leur libération pourrait accroître leur tolérance et réduire le danger de surdoses, faire baisser l'activité illégale après la libération et diminuer le risque de revenir en prison (Dolan et coll., 1998, 382).
- *Pendant la réintégration dans la communauté.* Des liens avec les services communautaires compétents sont la clé de la continuité du traitement et des services d'aide.

Il est important que les programmes de traitement d'entretien à la méthadone en milieu correctionnel répondent aux besoins des hommes aussi bien que des femmes, soient combinés à des interventions psychosociales qui ciblent les besoins criminogéniques, soient conformes aux principes qui ont fait leurs preuves d'un traitement efficace en milieu correctionnel et soient inspirés des normes du traitement d'entretien à la méthadone dans les programmes communautaires.

Il faut également des évaluations rigoureuses des programmes de TEM en milieu correctionnel (Dolan et coll., 1998, 386).

## Suggestions pratiques recueillies sur le terrain

Accroître l'accès au TEM à l'intérieur du système pénal :

- Les milieux correctionnels offrent une excellente occasion d'assurer le traitement; l'incarcération pourrait offrir les seuls contacts que certain(e)s contrevenant(e)s pourraient avoir avec le services médicaux et autres.
- Mettre en oeuvre des programmes dans tous les établissements correctionnels fédéraux et provinciaux :
  - les gens qui reçoivent le traitement d'entretien à la méthadone avant d'arriver dans l'établissement correctionnel devraient pouvoir continuer leur traitement (y compris les personnes détenues dans les centres de détention provisoire);
  - les contrevenant(e)s opiomanes devraient avoir le choix d'entreprendre le traitement d'entretien à la méthadone pendant leur incarcération;
  - les contrevenantes enceintes qui sont dépendantes à l'égard des opioïdes devraient avoir accès au traitement d'entretien à la méthadone.
- Il faudrait que l'autorisation de prescrire la méthadone soit une condition d'emploi obligatoire pour tous les médecins travaillant en milieu correctionnel.
- Au besoin, faire venir des médecins de la communauté afin de prescrire la méthadone aux contrevenant(e)s. (C'est également utile pour établir des liens avec la communauté après la libération des contrevenant(e)s).

Exécution du programme :

- Le TEM en milieu correctionnel devrait respecter les mêmes normes que les services communautaires de TEM.
- Une approche multidisciplinaire devrait comprendre des médecins, infirmiers et infirmières, conseillers(ières) en usage de substances (possédant une expérience particulière de la méthadone), des travailleurs(euses) sociaux(ales), des agents de probation des travailleurs s'occupant des liaisons avec les services communautaires de santé mentale et autres.
- S'assurer que les contrevenant(e)s soient capables de respecter leurs rendez-vous avec les médecins et leur fournir un transport médical tout comme dans le cas des autres troubles de santé.

Éducation :

- On devrait assurer l'éducation et la formation de tout le personnel des services correctionnels et des services de police, afin de les renseigner sur :
  - l'efficacité et les avantages de la méthadone (par exemple pour réduire la transmission du VIH, et peut-être même la transmission du VHC et des autres agents pathogènes véhiculés par le sang);
  - les attitudes et les conceptions erronées (y compris les questions relatives au détournement).

- Les secteurs de compétence pourraient être capables de partager des ressources en vue de la formation des membres des équipes.

Recherche :

- Établir de la documentation au sujet de la portée des programmes déjà disponibles dans les établissements fédéraux et provinciaux.

Continuité du traitement :

- Rendre le TEM disponible dans tous les établissements correctionnels et à tous les niveaux.
- Établir des relations de travail entre les organismes clés et les services communautaires, les programmes de traitement d'entretien à la méthadone et les praticiens, les pharmacien(ne)s, les services d'emploi, les services à la famille, l'habitation, le bien-être de l'enfance et autres et les établissements correctionnels afin de s'assurer qu'il existe un partage suffisant de l'information et des liaisons permettant d'assurer la continuité du traitement aux personnes qui arrivent dans le système correctionnel, ou pour ceux ou celles qui seront remis(es) en liberté (planification de la libération, suivi, systèmes d'aiguillage pratiques, bonnes communications, sensibilisation aux ressources communautaires, y compris les programmes de traitement aussi bien que les autres services comme la Société Elizabeth Fry, la Société John Howard et d'autres).
- Faire participer des représentants des établissements correctionnels et des services de police au sein des groupes consultatifs communautaires sur la méthadone (c'est utile pour établir des liaisons efficaces avec la communauté) :
  - les policiers peuvent accompagner les client(e)s ou patient(e)s devant les tribunaux et s'assurer que ceux ou celles dont les accusations ont été rejetées par les tribunaux reprennent leurs doses de méthadone avant d'être libéré(e)s;
  - tribunaux de traitement des drogues.

# Section 8. Recherche et évaluation

La recherche et l'évaluation portant sur le traitement d'entretien à la méthadone, particulièrement la recherche effectuée dans le contexte canadien, ont une importance capitale pour obtenir les résultats suivants :

- mieux faire comprendre, accepter et appuyer le traitement d'entretien à la méthadone au Canada;
- perfectionner l'exécution des programmes sur une base courante;
- cerner les moyens les plus efficaces de répondre aux besoins de divers groupes de client(e)s ou patient(e);
- améliorer les résultats du traitement;
- réduire les méfaits de la dépendance aux opiacés.

## 8.1 Lacunes de la recherche

On a encore besoin d'effectuer des recherches sur plusieurs aspects du traitement d'entretien à la méthadone, par exemple, au sujet de certains objectifs du traitement qui n'ont pas joui d'autant d'attention que certains autres, notamment le rôle que pourrait jouer le TEM pour :

- réduire la transmission du VIH, du VHC et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang;
- améliorer la qualité de vie et la productivité sociale des client(e)s ou patient(e)s;
- améliorer la santé publique communautaire et la sécurité;
- aider certains groupes particuliers de client(e)s ou patient(e), y compris, entre autres, les femmes et les groupes ethnoculturels (il reste aussi à trouver la meilleure façon de répondre aux besoins de ces groupes);
- traiter les jeunes et les adolescent(e)s;
- améliorer l'efficacité des interventions à seuil bas dans le contexte canadien;
- favoriser l'acceptabilité du programme (pour les client(e)s ou patient(e)s et le reste de la société);
- essayer les autres médicaments et traitements disponibles dans d'autres pays;
- contrôler la douleur;
- informer les ressources humaines;
- utiliser les instruments de dépistage, d'évaluation et de mesure des résultats (particulièrement les instruments conçus pour rendre ces tâches réalisables pour les praticiens des collectivités plus petites).

On a également besoin de procéder à plus de recherches sur les coûts-avantages et la rentabilité du traitement d'entretien à la méthadone.

**Suggestions pratiques recueillies sur le terrain**

- Toutes les recherches nécessitent un consentement éclairé de la part des client(e)s et patient(e)s et un processus d'examen déontologique.
- Il devrait y avoir une participation importante des client(e)s ou patient(e)s à la détermination des priorités de la recherche et des dépenses qui y seront consacrées dans le domaine du TEM, ainsi qu'à la réalisation d'études particulières.
- On a besoin de mettre au point des protocoles de recherche et de cueillette d'information dans le domaine du TEM. Les protocoles devraient cerner ce qui est mesurable et préciser l'information à recueillir, à quel niveau et de quelle façon.

## 8.2 Nécessité d'une évaluation

L'évaluation des programmes de TEM est un instrument extrêmement important afin de déterminer dans quelle mesure ces programmes atteignent leurs objectifs et répondent aux besoins des client(e)s ou patient(e)s, d'améliorer l'exécution des programmes et de comparer l'efficacité de divers types de modes d'administration du traitement.

Il faudrait étudier la participation des client(e)s ou patient(e)s par le biais d'une approche participative et inclusive en matière de recherche.

Une façon systématique de procéder à des évaluations et de s'assurer que les résultats sont publiés et diffusés fait appel à l'engagement des personnes chargées de l'administration du traitement et à la participation des client(e)s ou patient(e)s, ainsi qu'à l'appui des responsables de l'établissement des politiques.

# Liste de références et lectures additionnelles suggérées


Abbott, P.J., Moore, B.A., Weller, S.B, et Delaney, H.D. (1998). AIDS risk behaviour in opioid-dependent patients treated with Community Reinforcement Approach and relationships with psychiatric disorders. *Journal of Addictive Diseases, 17* (4), 33-48.

Addiction Research Foundation. (n.d.). *Methadone maintenance therapy: Information for clients*. Toronto: Author (now Centre for Addiction and Mental Health).

Albert, T., Williams, G., Legowski, B., et Remis, R.(1998). *The economic burden of HIV/AIDS in Canada*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks (CPRN).

Archibald, C. (1997). Overview of HIV infection among injection drug users. *Canadian AIDS News,* [On-line] 9 (4), 1-3.

Belding, M.A., McLellan, T., Zanis, D.A., et Incmikosk, R.(1998). Characterizing "nonresponsive" methadone patients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15* (6), 485-492.

Bell, J. (1998a). Delivering effective methadone treatment. In J. Ward, R. P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 161-175). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Bell, J. (1998b). Staff training in methadone clinics. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 361-377). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Best, D., Glossop, M., Greenwood, J., Marsden, J., Lehman, P., et Strung, J. (1999). Cannabis use in relation to illicit drug use and health problems among opiate misusers in treatment. *Drug et Alcohol Review, 18*, 31-38.

Best, D., Lehmann, P., Glossop, M., Harris, J., Noble, A., et Strung, J. (1998). Eating too little, smoking and drinking too much: Wider lifestyle problems among methadone maintenance patients. *Addiction Research, 00*, 1-10.

Brands, B., et Brands, J. (Eds.).(1998). *Methadone Maintenance: A Physician's Guide to Treatment.* Toronto: Addiction Research Foundation, Centre for Addiction and Mental Health.

Brands, J., Brands, B., et Marsh D. (2000). The expansion of methadone prescribing in Ontario, 1996-1998. *Addiction Research, 1*(5), 485-496.

Brands, B., Kahan, M., Selby, P., et Wilson, L. (Eds.). (2000). *Management of alcohol, tobacco and other drug problems.* Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

Brands, J., et Janecek, E. (Eds.). (2000). *Methadone maintenance: A pharmacist's guide to treatment.* Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

Brands, B., Sproule, B., et Marshmer, J. (Eds.).(1998). *Drugs and drug abuse: A reference text.* (3rd ed.). Toronto: Addiction Research Foundation, Centre for Addiction and Mental Health.

Broers, B., Junet, C., Bourquin, M., Déglon, J.J., Perrin, L., et Hirschel, B. (1998). Prevalence and incidence rate of HIV, hepatitis B and C among drug users on methadone maintenance treatment in Geneva between 1988 and 1995. *AIDS, 12*(15), 2059-2066.

Broome, K.M., Simpson, D.D., et Joe, G.W. (1999). Patient and program attributes related to treatment process indicators in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 127-135.

Brown, H.L., Britton, K.A., Mahaffey, D., Brizendine, E., Hiett, K., et Turnquest, M.A.(1998). Methadone maintenance in pregnancy: A reappraisal. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 179* (2), 459-463.

Budney, A. J., Bickel, W. K., et Amass, L. (1998). Marijuana use and treatment outcome among opioid-dependent patients. *Addiction, 93*(4), 493-503

Canadian Association for Study of the Liver (CASL) Consensus Conference Rapporteur Group. (2000). Canadian Consensus Conference on the Management of Viral Hepatitis. *Canadian Journal of Gastroenterology 14* (Supplement B Current Issues in the Management of Viral Hepatitis), 5B-20B.

Canadian Centre on Substance Abuse and Canadian Public Health Association. (1997). *HIV/AIDS and injection drug use: A national action plan.* Ottawa: Authors.

Canadian Centre on Substance Abuse and Centre for Addiction and Mental Health.(1999). *Canadian profile: Alcohol, tobacco and other drugs 1999.* Ottawa and Toronto: Authors

Canadian HIV-AIDS Legal Network. (1999). *Injection drug use and HIV/AIDS: Legal and ethical issues.* Montreal: Author.

Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society. (1996). *HIV/AIDS in prisons: Final report*. Prepared by Ralf Jurgens. Montreal: Authors.

Caplehorn, J. R. M., Lumley, T. S., et Irwig, L. (1998). Staff attitudes and retention of patients in methadone maintenance programs. *Drug and Alcohol Abuse, 52*(1), 57-61.

Correctional Service Canada. (October 1998). National Methadone Maintenance Treatment Program Phase 1: Resource and Information Package.

Crofts, N., Nigro, L., Oman, K., Stevenson, E., et Sherman, J. (1997). Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users. *Addiction, 92* (8), 999-1005.

Darke, S. (1998a). Self-report among injecting drug users: A review. *Drug and Alcohol Dependence, 51*(3), 253-263

Darke, S. (1998b). The effectiveness of methadone maintenance treatment 3: Moderators of treatment outcome. In J. Ward, R. P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 75-89). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Darke, S., Kaye, S., et Finlay-Jones, R. (1998). Antisocial personality disorder, psychopathy and injecting heroin use. *Drug and Alcohol Dependence, 52*, 63-69.

Darke, S., Hall, W., Swift, W. (1994). Prevalence, symptoms and correlates of antisocial personality disorder among methadone maintenance clients. *Drug and Alcohol Dependence, 34*, 253-257.

Dazord, A., Mino, A., Page, D., et Broers, B. (1998). Patients on methadone maintenance treatment in Geneva. *Eur Psychiatry, 13*, 235-241.

D'Ippoliti, D., Davoli, M., Perucci, C. A., Pasqualini, F., et Bargagli, A. M. (1998). Retention in treatment of heroin users in Italy: The role of treatment type and of methadone maintenance dosage. *Drug and Alcohol Dependence, 52*(2), 167-171.

Dolan, K., Hall, W., et Wodak, A. (1998). The provision of methadone in prison settings. In J. Ward, R. P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 379-396). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

DSM IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Éditions Masson, Paris, 1996.

Fingerhood, M .I. (1999). Comorbid medical disorders. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone treatment for opioid dependence* (pp. 118-140). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Finnegan, L.P. (1991). Treatment issues for opioid-dependent women during the prenatal period. *Journal of Psychoactive Drugs, 23* (2), 191-201.

Fischer, B., et Rehm, J. (1997). The case for a heroin substitution treatment trial in Canada. *Canadian Journal of Public Health, 88*(6), 367-370.

Fletcher, B.W., et Battjes, R.J. (1999). Introduction to the special issue: treatment process in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 81-87.

Gaughwin, M., Solomon, P., et Ali, R. (1998). Correlates of retention on the South Australian Methadone Program, 1981-1991. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 22* (7), 771-776.

Gilbert, L., El-Bassel, N., Rajah, V., Foleno, A., Fontdevila, J, Frye, V., et Richmand, B.L. (2000). The converging epidemics of mood-altering-drug use, HIV, HCV, and partner violence. The Mount Sinai Journal of Medicine, 67 (5et6), 452-463.

Glezen, L. A., et Lowery, C. A. (1999). Practical issues of program organization and operation. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone treatment for opioid dependence* (pp. 223-249). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Gourevitch, M.N., et Friedland, G.H. (2000). Interactions between methadone and medications used to treat HIV infection: A review. *The Mount Sinai Journal of Medicine, 67* (5et6), 429-436.

Hagan, H., et Des Jarlais, D.C. (2000). HIV and HCV infection among injecting drug users. *The Mount Sinai Journal of Medicine, 67* (5 et 6), 423-428.

Hall, W., Ward, J., et Mattick, R. P. (1998a). Introduction. In J. Ward, R. P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 1-14). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Hall W., Ward, J., et Mattick, R. P. (1998b). The effectiveness of methadone maintenance treatment 1: Heroin use and crime. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 17-57). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Hankins, C. A. (1998). Syringe exchange in Canada: Good but not enough to stem the HIV tide. *Substance Use and Misuse, 33*(5), 1129-1146.

Hartel, D.M., et E.E. Schoenbaum. (1998). Methadone treatment protects against HIV infection: Two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Reports, 113* (Supplement 1), 107-115.

Jarvis, M.A.E., et Schnoll, S.H. (1994). Methadone treatment during pregnancy. *Journal of Psychoactive Drugs, 26* (2), 155-161.

Jarvis, M., et coll. (1999). Alterations in methadone maintenance during late pregnancy. *Journal of Addictive Diseases, 18* (4), 51-61.

Joe, G.W., Simpson, D.D., et Broome, K.M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 113-125.

Jones, H. E., Velex, M. L., McCaul, M. E., et Svikis, D. S. (1999). Special treatment issues for women. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone treatment for opioid dependence* (pp. 251-280). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Joseph, H., Stancliff, S., et Langrod, J. (2000). Methadone maintenance treatment (MMT): A review of historical and clinical issues. *The Mount Sinai Journal of Medicine 67* (5et6), 347-364.

Kaltenbach, K., Berghella, V., et Finnegan, L. (1998). Opioid dependence during pregnancy. Effects and management. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 25*(1), 139-151.

Kandall, S. R., Doberczak, T. M., Jantunen, M., et Stein, J. (1999). The methadone-maintained pregnancy. *Clinics in Perinatology, 26*(1), 173-183.

Kidorf, M., King, V. L., et Brooner, R. K. (1999). Integrating psychosocial services with methadone treatment: Behaviorally contingent pharmacotherapy. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone treatment for opioid dependence* (pp. 166-195). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

King, V. L., et Brooner, R. K. (1999). Assessment and treatment of comorbid psychiatric disorders. In E.C. Strain et M..L. Stitzer (Eds.), *Methadone treatment for opioid dependence (pp. 141-165). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.*

Langendam, M. W., Van Haastrecht, H. J. A., Van Brussel, G. H. A., Reurs, H., Van Den Hoek, A. J. A. R., Coutinho, R. A., et Van Ameijden, E. J. C. (1998). Differentiation in the Amsterdam methadone dispensing circuit: Determinants of methadone dosage and site of methadone prescription. *Addiction, 93*(1), 61-72.

Leavitt, S., Shinderman, M., Maxwell, S., Chin, B., et Paris, P. (2000). When "enough"is not enough: New perspectives on optimal methadone maintenance dose. *The Mount Sinai Journal of Medicine, 67* (5et6), 404-411.

Leshner, A.I. (1999). Science-based views of drug addiction and treatment. *JAMA,* [On-line] *282*(14).

Lindesmith Centre, The. (1997). *Methadone maintenance treatment.*[Brochure]. New York and San Francisco: Author.

Longshore, D., Hsieh, S., et Anglin, M.D. (1994). Reducing HIV risk behavior among injection drug users: Effect of methadone maintenance treatment on number of sex partners. *The International Journal of the Addictions, 29* (6), 741-757.

Lowinson, J. H., Payte, J. T., Salsitz, E., Joseph, H., Marion, I. J., et Dole, V. P. (1997.) Methadone maintenance. In J. H. Lowinson, J. T. Payte, E. Salsitz, H. Joseph, I. J. Marion, et V. P. Dole (Eds.), *Substance Abuse: a comprehensive text* (3rd ed.., pp. 405-415). Baltimore: Williams et Wilkins.

Magura, S., Nwakeze, P. C., et Demsky, S. (1998a). Pre- and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction, 93*(1), 51-60.

Magura, S., Rosenblum, A., et Rodriguez, E. M. (1998b). Changes in HIV risk behaviors among cocaine-using methadone patients. *Journal of Addictive Diseases, 17*(4), 71-90.

Marsch, L. (1998). The efficacy of methadone maintenance intervention in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction, 93*(4), 515-32.

Mattick, R.P., Ward, J., et Hall, W. (1998). The role of counselling and psychological therapy. In J. Ward, R..P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 265-304). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

McPhilips, M. A., Strang, J., et Barnes, T. R. E. (1998). Hair analysis. New laboratory ability to test for substance use. *British Journal of Psychiatry, 173*, 287-289.

National Institute on Drug Abuse. (1995). *Methadone maintenance treatment: Translating research into policy*. Bethesda, MD: Author.

National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. (1998). Effective medical treatment of opiate addiction. *JAMA, 280*(22), 1936-1943.

Novick, D.M. (2000). The Impact of Hepatitis C Virus Infection on Methadone Maintenance Treatment. *The Mount Sinai Journal of Medicine, 67* (5 and 6), 437-443.

Ontario Ministry of Health. (1999). A Report on the Provincial Conference on Methadone Treatment. March 22-24, 1999. Toronto: Author.

Payte, J.T. (2000). Clinical take homes. *Journal of Maintenance in the Addictions, 1* (4), 113-114.

Robles, E., Silverman, K., et Stitzer, M. L. (1999). Contingency management therapies. In E.C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone treatment for opioid dependence* (pp. 196-222). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Rothbard, A., Alterman, A., Rutherford, M., Liu, F., Zelinski, S., et McKay, J. (1999). Revisiting the effectiveness of methadone treatment on crime reductions in the 1990's. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*(4), 329-335.

Rothon, D.A., Mathias, R.G., et Schechter, M.T.(1994). Prevalence of HIV infection in provincial prisons in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal, 151* (6),781-787.

Rothon, D.A., Strathdee, S.A., Cook, D., et Cornelisse, P.G.A. (1997). Determinants of HIV-related high-risk behaviours among young offenders: A window of opportunity. *Canadian Journal of Public Health, 88*(1), 14-17.

Salsitz, E.A., Joseph, H., Frank, B., Perez, J., Richman, B.L., Salomon, N., Kalin, M.F, et Novick, D.M. (2000). Methadone medical maintenance (MMM): Treating chronic opioid dependence in private medical practice—a summary report (1983-1998). *The Mount Sinai Journal of Medicine 67* (5 et 6), 388-397.

Santé Canada (2002a). *Recension de la documentation: traitement d'entretien à la méthadone.* Ottawa: Ministère des Travaux publiques et services gouvernementaux Canada.

Santé Canada (2002b). *Traitement d'entretien à la méthadone* (Brochure). Ottawa: Ministère des Travaux publiques et services gouvernementaux Canada.

Santé Canada (2001a). *Meilleures pratiques - Traitement et réadaption des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.* Ottawa: Ministère des Travaux publiques et services gouvernementaux Canada.

Santé Canada (2001b). *Meilleures pratiques: traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa: Ministère des Travaux publiques et services gouvernementaux Canada.

Santé Canada. (2000a). *Comportement à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, actualités du Bureau du VIH/sida des MTS et de la tuberculose. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

Santé Canada (2000b). *Moyens de joindre les utilisateurs de drogues injectables*. Document de travail. Préparer pour le Programme de prévention de soutien et de recherche concernant l'hépatite C, Direction général de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada. Septembre 2000 par Jamie Wieb et Bette Reimer, au nom du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Santé Canada (2000c). *Ressource relative à l'hépatite C et à l'utilisation de drogues injectables au Canada*. Préparer pour le Programme de prévention de soutien et de recherche concernant l'hépatite C, Direction général de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada. Septembre 2000 par Jamie Wieb et Bette Reimer, au nom du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Santé Canada (1999a). *Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada*. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, actualités du Bureau du VIH/sida des MTS et de la tuberculose. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

Santé Canada (1999b). *Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, actualités du Bureau du VIH/sida des MTS et de la tuberculose. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

Santé Canada (1999c). *Meilleures pratiques - alcoolisme et toxicomanie - traitement et réadaptation*. Ottawa: Ministère des Travaux publiques et services gouvernementaux Canada.

Santé Canada (1999d). *Profile - Alcoolisme et toxicomanies : traitement et réadaptation au Canada*. Ministère des Travaux publiques et services gouvernementaux Canada.

Santé Canada (1998). *National consultation meeting on methadone maintenance treatment*. February 19-20, 1998, Ottawa, Ontario.

Santé et bien-être Canada (1992). *L'utilisation des opioïdes dans le traitement de dépendance aux opioïdes*. Direction générale de la protection de la santé. Santé Canada.

Serpelloni, G., Carrieri, M.P., Rezza, G., Morganti, S., Gomma, M., et Binkin, N. (1994). Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users: a nested case-control study. *AIDS Care, 6* (2), 215-220.

Sherman, M., et McSherry, J. (1999, August 24). Q and A: Treating hepatitis C. *The Medical Post*, Q1-Q7.

Single, E. (1999). The economic implications of injection drug use. In L. Chabot (Ed.), *Injection drug use: Societal challenges* (pp.57-68). Montreal: University of Montreal, Faculty of Continuing Education, Drug Addiction Certificate Program.

Stitzer, M. L., et Chutuape, M. A. (1999). Other substance use disorders in methadone treatment: prevalence, consequences, detection and management. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone treatment for opioid dependence* (pp. 86-117). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Stoller, K. B., et Bigelow, G. E. (1999). Regulatory, cost, and policy issues. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone treatment for opioid dependence* (pp. 15-37). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Strain, E.C. (1999a). Beginning and ending methadone dosing: Induction and withdrawal. In E.C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone treatment for opioid dependence* (pp. 53-61). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Strain, E. C. (1999b). Methadone dose during maintenance treatment. In E.C. Strain et M.L. Stitzer (Eds.), *Methadone treatment for opioid dependence* (pp. 62-85). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Strain, E. C., et Stitzer, M. L. (Eds.).(1999). *Methadone treatment for opioid dependence*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Strain, E.C., et Stoller, K.B.(1999). Introduction and historical overview. In E. C. Strain et M. L. Stitzer (Eds.), *Methadone treatment for opioid dependence* (pp. 1-13). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Strain, E. C., Bigelow, G. E., Liebson, I. A., et Stitzer, M. L. (1999). Moderate- vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence. *The Journal of the American Medical Association, 281*(11), 1000-5.

Walsh, S. L, et Strain, E. C. (1999). The Pharmacology of methadone. In E.C. Strain et M.L. Stitzer (Eds.), *Methadone treatment for opioid dependence* (pp. 38-51). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Wall, R., Rehm, J., Fischer, B., Brands, B., Gliksman, L., Stewart, J., Melved, W., et Blake, J. (2000). Social costs of untreated opioid dependence. *Journal of Urban Health.* 77(4); 688-722.

Ward, J., Mattick R.P., et Hall, W. (1998a). Assessment for opioid replacement therapy. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 177-203). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R.P., et Hall, W. (1998b). How long is long enough? Answers to questions about the duration of methadone maintenance treatment. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 305-336). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R.P., et Hall, W. (1998c). Making the transition from maintenance to abstinence: Detoxification from methadone maintenance treatment. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 337-358). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R.P., et Hall, W. (1998d). Methadone maintenance during pregnancy. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 397-416). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R.P., et Hall, W. (Eds.). (1998e). *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R. P., et Hall, W. (1998f). Psychiatric comorbidity among the opioid dependent . In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 419-440). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward J., Mattick R.P., et Hall W. (1998g). The effectiveness of methadone maintenance treatment 2: HIV and infectious hepatitis. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 59-73). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R.P., et Hall, W. (1998h). The use of methadone during maintenance treatment: Pharmacology, dosage and treatment outcome. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 205-238). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, J., Mattick, R.P., et Hall, W. (1998i). The use of urinalysis during opioid replacement therapy. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 239-264). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Ward, P., et Sutton, M. (1998). The effectiveness of methadone maintenance treatment 4: Cost-effectiveness. In J. Ward, R.P. Mattick, et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 91-121). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.

Wells, E., Calsyn, D.A., et Clark, L.L.. (1996). Retention in methadone maintenance is associated with reductions in different HIV risk behaviours for women and men. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 22* (4), 509-521.

Zule, W. A., et Desmond, D. P. (1998). Attitudes toward methadone maintenance: Implications for HIV prevention. *Journal of Psychoactive Drugs, 30*(1), 89-97.